Aus der Frauenklinik zu Kiel.

Rim med
LIBRARY

Die Erfolge der Laparotomie

bei malignen Geschwülsten der Abdominalorgane

insbesondere der Ovarien.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Thede,
approb. Arzt aus Kiel.

KIEL.
Druck von L. Handorff.
1892.

Aus der Frauenklinik zu Kiel.

Die Erfolge der Laparotomie

bei malignen Geschwülsten der Abdominalorgane insbesondere der Ovarien.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Thede,

approb. Arzt aus Kiel.

KIEL.

Druck von L. Handorff.

1892.

HARVARD COLLEGE
NOV 14 1892
LIBRARY.
Transferred from M. Z

No. 7.
Rectoratsjahr 1892/93.
Referent: Dr. Werth.
Druck genehmigt:
Dr. Heller, z. Z. Dekan.

Seiner Mutter

in Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/dieerfolgederlap0000erns

Die Vervollkommnung, welche in Bezug auf Technik und Asepsis neuerdings die Laparotomie erfahren hat, ermöglicht es, die bösartigen Neubildungen der Bauchhöhle nach denselben Principien zu behandeln, welche schon länger für maligne Geschwülste peripherer Körpertheile gelten.

So unterliegt es keinem Zweifel, dass bösartige Neubildungen der Eierstöcke, wenn sie sich als einfacher, uncomplicirter Ovarialtumor darstellen, ebenso exstirpirt werden müssen, wie etwa Lippen- oder Mammakrebse. Wie man von diesen den Patienten, besonders, um ein Uebergreifen der Geschwulst auf andere, lebenswichtige Organe zu verhüten, befreit, so wird ja auch kein Operateur die Eröffnung der Bauchhöhle scheuen, wenn er dadurch die Patientin vor den schrecklichen Folgen einer verbreiteten Carcinose bewahren kann. Anders ist es aber, wenn bereits Metastasen vorhanden sind, wenn das Bauchfell, die zahlreichen retroperitonealen Lymphdrüsen oder das Beckenbindegewebe direct mit ergriffen sind, so dass an eine radicale Entfernung der Geschwülste nicht gedacht werden kann. In solchen Fällen widerrathen bisher fast alle unsere bedeutenden Operateure einen Eingriff, da, wie Schröder sagt, »dann die Operation keinen Nutzen mehr hat und der Versuch zur radikalen Entfernung nur das unvermeidliche Ende beschleunigt« *).

Dieser bisher ziemlich allgemein gültigen Anschauung widerspricht in neuester Zeit aufs lebhafteste Freund, der an einer Reihe von Fällen aus der Strassburger Klinik nachweist, dass eine Operation, auch bei den vorgeschrittesteu Fällen von bösartigen Eierstockgeschwulst, das einzig richtige sei **). Er führt zu Gunsten seiner Ansicht mehrere Momente an, auf die ich hier kurz eingehen muss. Zunächst unterscheidet er zwei Arten von Metastasen strenge von einander und zwar so, dass er die zweite Art nicht als Meta-

*) Schröder, Krankheiten d. weiblichen Geschlechtsorg 9. Aufl. S. 532.

**) Ueber die Behandlung bösartiger Eierstockgeschwülste von H. W. Freund, Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. XVII. Band.

stase, sondern als »Implantation« bezeichnet wissen will. Nach Freund entstehen diese Implantationen im Gegensatz zu dem auf den Wegen der Gefäss- und Lymphbahnen verschleppten Geschwulstzelle durch mechanische Abbröckelungen von Geschwulstmassen, die dann an einen tiefer liegenden Ort fallen, sich dort festsetzen und sekundäre Geschwulstknoten bilden. Diesen durch Implantation entstandenen, sekundären Geschwülsten, die Schröder noch ausdrücklich als Contraindikation gegen ein operatives Eingreifen bezeichnet, misst nun Freund eine weit geringere Bösartigkeit bei, als den auf dem Wege der Gefässbahnen entstandenen Sekundärknoten. »Sie verhalten sich«, sagt er, »wie Fremdkörper, die im Douglas eine reaktive Entzündung hervorrufen, sich implantiren, sich nicht weiter entwickeln und frühzeitig verfallen.« »Sekundäre Tumoren im ante- und retrouterinen Raum, sie seien auch noch so zahlreich, contraindiciren die Radicaloperation nicht.«

Bei einem zweiten Gesichtspunkt, den Freund aufstellt, geht er aus von den unzweifelhaften Heilungserfolgen, die die Laparotomie bei einfach chronischer oder tuberculöser Peritonitis gehabt hat. Wenn auch theoretisch noch nicht aufgeklärt, so liegen doch praktisch unzweifelhafte und genügende Erfolge vor, um bei den genannten Erkrankungen die Operation als durchaus gerechtfertigt erscheinen zu lassen, ja, wir sind durch sie geradezu um ein Heilmittel reicher geworden einer Krankheit gegenüber, die jedem anderen Verfahren Trotz bot. Wie man also bei der Tuberculose des Peritoneums den Bauchraum eröffnet, und den Ascites möglichst radikal entfernt, so soll man, meint Freund, auch bei malignen Ovarialtumoren verfahren, die wegen der zahlreichen Metastasirung eine radikale Entfernung nicht mehr zulassen. Man soll, was möglich ist von den Geschwulstmassen fortnehmen und den Bauchraum möglichst austrocknen. Gerade in dem gänzlichen Ablassen der ascitischen Flüssigkeit, was nur möglich ist bei Eröffnung des Abdomens durch einen Einschnitt, sieht Freund bei der einen wie bei der anderen Erkrankung das wesentlichste Moment, da der zurückbleibende Ascites das Bauchfell immer aufs neue zur Absonderung reizt.

Ein Urtheil darüber, ob die von Freund beigebrachten, zum Theil überraschenden Beobachtungen eine Verallgemeinerung in der Richtung zulassen, dass partielle Operationen in Fällen ausgedehnter maligner Erkrankung der Unterleibsorgane, speciell der

Ovarien, grundsätzlich für angezeigt erklärt werden müssen, kann nur auf Grund eines umfassenderen Materials gewonnen werden.

Auf Veranlassung des Herrn Professor Werth, der mir das hiesige Material dazu gütigst zur Verfügung stellte, will ich nun versuchen, festzustellen, welche Resultate hier das operative Verfahren gehabt hat. Ich bemerke, dass in dem Folgenden nur die ausgesprochen bösartigen Geschwülste, Carcinome und Sarcome der Abdominalorgane mit Ausnahme des Uterus, zusammengestellt sind. Die Fälle von Papillomen, die ich mit anführen musste, zeigten eine mehr oder weniger weit verbreitete carcinomatöse Entartung und gehören deshalb auch pathologisch-anatomisch mit in diese Kategorie. Die reinen Papillome glaubte ich fortlassen zu müssen, weil sie einen nur sehr bedingt malignen Charakter haben und höchstens zu regionärer Metastasirung neigen. — Ihre Radikalentfernung giebt unzweifelhaft durchaus gute Resultate, wie denn Herr Professor Werth jetzt ganz gesunde Patientinnen kennt, die er vor 10 und 8 Jahren wegen eines Papilloms operirt hat.

Es folgen zunächst 31 Fälle von malignen Tumoren meistens der Ovarien, bei denen eine möglichst radikale Entfernung aller Geschulsttheile, der primären wie der sekundären, vorgenommen wurde. In einer grossen Anzahl der Fälle war es leider nicht möglich, diese Entfernung wirklich zu einer radikalen zu gestalten und es mussten bei diesen theils verdächtiges Gewebe des Primärtumors, theils kleine Sekundärknoten und -knötchen zurückgelassen werden.

Nur bei wenigen Patientinnen ist es mir nicht gelungen, den späteren Verlauf des Falles festzustellen und ich sage den Herren, die mir so bereitwillig die nöthigen Auskünfte zugehen liessen, an dieser Stelle meinen besten Dank.

1. Fall.

Journ.-No. 9801. Christine S., 13jährige Landmannstochter.

Anamnese. Patientin erkrankte kurz vor Weihnachten mit Leibschmerzen; es stellte sich Appetitlosigkeit, Abmagerung ein. Bettruhe.

Stat. praes. Abgemagertes, blasses Kind. Abdomen im unteren Theil aufgetrieben durch einen Tumor, der nach oben bis zum Nabel, nach rechts bis zur Spina ilei, links nicht ganz soweit reicht. Seine Consistenz ist prallelastisch, auf Druck ist er etwas schmerzhaft, seine Oberfläche ist uneben.

29. 1. 81 Ovariotomie: Bauchschnitt: bei der Punktion geräth etwas von dem Cysteninhalt, eine schwarze bröcklige Masse in die Bauchhöhle, der Tumor lässt sich

nicht verkleinern. Herauswälzung und Abtragung desselben; typischer Stiel, nahe dem Uterus inserirt; das Netz ist stark chronisch entzündet.

Diagnose: Cystosarcoma ovarii sinistri.

Verlauf: Bis 23. II. 81 ist der Verlauf gut, normale Temperatur; am 24. leichtes Fieber, entzündliche Infiltration in der Umgebung der Bauchnarbe, Schmerzen daselbst. Am 6. III. wird in die Narbe incidirt und eine grosse Höhle eröffnet, die mit schlaffen Granulationen ausgekleidet, sich an der ganzen vorderen unteren Bauchwand hinerstreckt. Drainrohr, Ausspülung. Von jetzt an subfebrile und febrile Temperaturen bis 39,6. Am folgenden Tage entleeren sich aus dem einen Drain Fäcalmassen, das Allgemeinbefinden wird schlechter, starke Abmagerung und Kräfteverfall; der Kothausfluss aus der Fistelöffnung dauert fort.

29. III. 81 exitus letalis.

Sectionsbefund: Ausgedehnte Verjauchung eines Sarkoms im Douglas'schen Raum, eines Recidives vom Stiel aus oder aus implantirten Geschwulsttheilen. Fistulöse Communikation nach dem Dünndarm und nach aussen. Starke peritonitische Verklebung der Därme.

2. Fall.

Journ.-No. 9949. Sophie S., 34jährige Landmannsfrau. Sie wurde bereits 22. III. 1880 operirt wegen eines

Cystoma ovarii dextri papillare carcinomatos. Es blieb damals ein nicht unverdächtiger Stielstumpf zurück, in dem die papillären Wucherungen nach Möglichkeit entfernt wurden. Das linke Ovarium zeigte sich nur ganz wenig vergrössert. Bis Weihnachten war das Befinden gut, dann traten wieder Schmerzen auf, die nach 8 Tagen nachliessen, die Harnabsonderung war während dieser Zeit beträchtlich vermindert, nachher um so reichlicher. Eine zweite gleiche Schmerzperiode stellte sich vor 7 Wochen ein, die dritte vor 3 Wochen. Die Schmerzen sind jetzt lokalisirter, sich nur auf das linke Hypogastrium concentrirend.

Die Menses waren regelmässig.

Stat. praes. Prallelastischer Tumor, der mit scharfer Conturirung, links nahe der Mittellinie am stärksten culminirend, sich handbreit über das ligam. Poupartii erhebt. Per vaginam fühlt man das Becken erfüllt von der Geschwulst, die sich bis ungefähr zur Mitte desselben abwärts erstreckt. Die untere Fläche des Tumors ist convex, links liegt er der Beckenwand fest an, so dass hier die linea innominata nicht zu bestreichen ist. Uteruskörper stark verlängert.

31. VIII. Ovariotomie: Bei Incision der Geschwulst ergiesst sich sofort flüssiges, dunkles Blut aus derselben; es werden markige, weiche Massen im Innern der Cyste gefühlt und diese enucleirt. Neun Stunden nach der Operation exitus im Collaps. Die exstirpirte Geschwulst zeigt sich als weiches Carcinom.

Diagnose: Carcinoma ovarii sinistri.

Sektionsbefund: Markige krebsige Erweichung der Uteruswand, beginnende Carcinose der Retroperitonealdrüsen, cavernöser Tumor der Leber, chronische Nephritis, Hydronephrose der linken Niere, markige (carcinomat.?) Infiltration der hyperämischen Nebennieren.

Starkes Lungenemphysem und Oedem.

3. Fall.

Journ.-No. 10393. Catharina v. B., 54jährige Ehefrau.

Anamnese: Hat 8 mal geboren, das letzte mal vor 12 Jahren. Im Winter 81/82 trat die Menopause ein; seit 1882 Anschwellung des Leibes, ist seit Juni 82 10 mal punktirt, zuletzt vor 6 Tagen.

Status praesens: Anämische Person; freier Ascites. Im rechten Hypogastrium kindskopfgrosser, beweglicher Tumor, mit glatter Oberfläche, nicht empfindlich. Der Uterus ist nach links geneigt, etwas vergrössert; im Douglas ein kindsfaustgrosser, beweglicher glatter Knollen, der anscheinend mit dem Uterus in breiter Verbindung steht.

15. IV. 83. Ovariotomia dextra: Bei der Incision fliesst reichlich gelbliche, trübe Ascitesflüssigkeit ab. Der vorliegende rechtsseitige Tumor erscheint dunkelblau, am untern Umfang in kleinen Bezirken von markigen Wucherungen durchbrochen, entspricht dem rechten Ovarium. Wegen Kürze und Straffheit des Stieles muss der markige untere Theil der Geschwulst zurückgelassen werden. Im linken Beckenraum liegt eine faustgrosse, gelbliche, käsige Masse, breit verwachsen mit dem Uterus und dem angrenzenden Darm und Mesenterium; wird unberührt gelassen. Vor der Wirbelsäule einige vergrösserte Drüsen, im Mesenterium des jejunum ein wallnussgrosser, ulcerirter Krebsknoten.

Die Geschwulst hat mehrere grössere und viele kleine Hohlräume, letztere erfüllt mit markig-weichen Gewebsmassen.

Diagnose: Carcinoma ovarii utriusque.

Verlauf: Starker Meterorismus, ab und zu Erbrechen, Puls sehr klein, rascher Verfall. Zuletzt Coma, 24. IV. 83. exitus letalis; die Anfangs subfebrilen-Temperaturen sinken gegen das Ende unter 37.

Sectionsbefund: Geringe Peritonitis, Carcinom des linken Ovariums, carcinomatöse Entartung der Retroperitonealdrüsen, eitrige Operationswunde. Lungenemphysem und Oedem.

4. Fall.

Journ.-No. 10697. Amalie S., 47jährige Arbeitersfrau.

Anamnese: Eine Geburt vor 24 Jahren. Menses regelmässig. Mitte Dezember 1882 starke Blutung, die 6—7 Wochen anhielt, Anfang Februar starke Schmerzen und seitdem beständig regelmässige Blutungen in Intervallen von höchstens 6—8—10 Tagen. Patientin stark abgemagert, häufiges Erbrechen.

Status praesens: Im hintern Beckenraum beiderseits eine cystische Geschwulst, die rechte reichlich apfelgross und tiefer im Becken gelegen, die linke etwas grösser und höher gelegen. Zwischen beiden liegt der anscheinend normale Uterus.

16. 7. 84. Laparotomie: Links im Becken kindskopfgrosse Cyste, mit der Hälfte ihres Umfanges zwischen den Blättern des lig. lat. steckend, starke Adhäsionen und Blutung. Ausschälung der Cyste. Uterus zeigt eine markstückgrosse, markige Partie, wo er des Peritoneums beraubt ist. Aus dem Bett in dem die Cyste gesessen hat und welches aus starrem derben Gewebe gebildet wird, erfolgt heftige, unstillbare Blutung. Der Uterus wird auf die blutende Stelle festgenäht. Rechts, tief im Becken findet sich eine cystische Geschwulst, halb so gross, wie die entfernte; sie wird als Hydrosalpinx erkannt und der hydropische Theil abgeschnürt.

Diagnese: Cystoma ovarii sinistri carcinomatosum, Hydrosalpinx dexter, carcinoma corporis uteri et secundarium glandul. Lymphat. pelvis.

Verlauf: Puls nach Operation sehr klein, Schlaf durch Schmerzen im Abdomen und linken Bein unterbrochen. Abgang dünnen Stuhles in der Nacht.

17. VII. 84. exitus letatis.

Sectionsbefund: Carcinom des uterus, carcinomatöse Entartung der Lymphdrüsen des kleinen Beckens und der Retroperitonealdrüsen; beginnende Peritonitis, Thrombose der vena cruralis sinistra. Durchbruch der Tumormassen in die linke vena iliaca und untere Hohlvene. Lungenemphysem und Oedem, Ekchymosen der Pleura. Hydronephrose und Erweiterung der Uretheren. Erguss gelblich-bräunlicher, in den tieferen Schichten blutig gefärbter Flüssigkeit in die Bauchhöhle. Hyperämie und starke Schwellung stellenweise Ekchymosirung des Dickdarms, besonders im Coecum und colon ascendens.

5. Fall.

Journ.-No. 10913. Magaretke Th., 51jährige Landmannsfrau.

Anamnese: Stets kränklich, seit Weihnachten Anschwellung des Leibes, die stark zugenommen hat. Seit 8 Tagen dabei Schmerzen linkerseits. Menses cessirten vor $3^1/_2$ Jahren.

Status praesens: Starke Abmagerung, anämisches Aussehen. Grösster Umfang des Abdomen 96 cm, die linke Seite etwas stärker ausgedehnt. Fluctuation anscheinend sehr oberflächlich, nur im linken unteren Bauchquadranten bestehend; etwas nach links und unten vom Nabel festere Knollen fühlbar, ebenso rechts über dem lig. Poupartii. Per vaginam fühlt man im hinteren Beckenraum beiderseits festere Geschwulstmassen, die besonders links sehr empfindlich sind, und hier aus einzelnen kleinen Höckern bestehen. In der Narkose fühlt man per rectum links vom Scheidengewölbe eine eigenthümlich sternförmig gestaltete, derbe Neubildung, in der rechten Beckenhälfte fest-weiche Geschwulstmassen, die das Gefühl des Schneeballknirschens geben.

11. III. 85. Ovariotomie: Abfluss von $1^1/_2$ Liter gelbbrauner, leicht getrübter ascitischer Flüssigkeit. Linker Tumor besteht aus einer Anzahl von Cystenräumen mit dünnen Wandungen. Zwischen Tumor und vorderer Bauchwand links oben flächenhafte Verklebung, bei deren Lösung die Cystenwand berstet und sich dunkelbierbraune Flüssigkeit in die Bauchhöhle ergiesst. Der vom lig. lat. gebildete kurze Stiel wird abgetragen; am zurückbleibenden Theil hellrothe flache, zum Theil derbe Wucherungen. Der rechtsseitige Tumor zeigt dieselben Erscheinungen, wie der linke, wird gleichfalls abgetragen. Im Uterus ein taubeneigrosses Myom. Nach aussen von demselben ist das lig. lat. gleichfalls in der Breite von circ. 3 cm durch derbe Einlagerung verdickt, dereu Oberfläche hellröthliche Wucherungen zeigt.

Die cystischen Hohlräume beider Tumoren finden sich innen mit weichen, rosafarbenen flachen Wucherungen besetzt; der rechtsseitige Tumor hat einige ganz von markiger Neubildung durchwachsene Wandabschnitte.

Diagnose: Cystoma ovarii utriusque Carcinomatosum.

Verlauf: Die Temperatur ist bis zum dritten Tage nach der Operation etwas erhöht, von da sinkt sie auf die Norm, bis am 6. IV. plötzlich wieder Fieber auftritt. Ursache ist ein Blasenkatarrh; bei den Blasenspülungen wird ziemlich reichlich

Eiter entleert. Das Befinden der Patientin ist zunächst nach der Operation nicht gut; starke Schmerzen im Leibe, Schlaflosigkeit und ab und an Erbrechen. Der Blasenkatarrh bessert sich, die Schmerzen lassen nach, die Temperatur sinkt auf die Norm, ein entstandener Dekubitus heilt gut. Entlassung 5. V. 85.

Patientin hat sich nach der Entlassung einmal vorgestellt; sie hat noch immer Schmerzen im Leibe, zeitweilig sehr heftige. Unmittelbar vor der portio liegt ein haselnussgrosser harter Körper, der nicht druckempfindlich ist. Ordination tinct. jodi zum Pinseln und Morph. muriatic 0,1 : 10,0. Herr Kreisphysikus Dr. Suadicani theilt über den Fall Folgendes mit: Im März 1887 schwollen die Axillardrüsen rechts an, sie wurden schmerzhaft und immer grösser und mussten, carcinomatös entartet, am 27. Aug. 87 entfernt werden. Die Operationswunde verheilte rasch, im März 88 zeigte sich ein kleines Recidiv in der Achselhöhle, die Frau wurde immer elender. Am 10. VII. 88 wurden mehrere Tumoren im Leibe constatirt neben bedeutender Milzschwellung. 17. XI. 88 exitus letalis an allgemeiner Carcinose.

6. Fall.

Journ.-No. 10918. Anna L., 50jährige Lehrersfrau.

Anamnese: Vor 8 Jahren Menopause, 5 Geburten, letzte 1870. Seit mehreren Jahren vermehrte Spannung und Auftreibung des Abdomen, zunehmende Schwäche.

Status praesens: Ziemliche Anämie; im Abdomen eine schlaff gefüllte Cyste, die nach oben einen Finger breit über den Nabel reicht. Grösster Umfang des Abdomens 86 cm. Per vaginam ist von der Cyste nichts zu fühlen.

18. III. 85. Ovariotomie: Cyste grösstentheils seitlich und vorn flächenhaft mit der Bauchwand verwachsen, wird uneröffnet entwickelt; Stiel geht vom lig. lat. aus, ist schmal und nicht sehr lang, wird ligirt. Bei Abtragung der Cyste wird ein dem Stiel nächstgelegener Hohlraum eröffnet und es fliesst dunkelbraune Flüssigkeit heraus; auf der Innenfläche sind einige stark prominirende, dünnwandige Nebencysten und einzelne flache, weiche hellrothe Wucherungen. Der bei Abtragung der Cyste eröffnete Nebenraum ist fast ganz von diesen Wucherungen erfüllt. Mikroskopisch zeigen sie ein Bindegewebsfachwerk, erfüllt mit kleinen unregelmässig gestalteten Zellen.

Diagnose: Cystoma ovarii dextri carcinomatosum

Verlauf: Ist ein durchaus guter; 30. III. wird der Verband entfernt. Die Temperatur ist vom 2. Tage nach der Operation an stets normal.

8. IV. 85 Entlassung.

3. IX. 85. Wiedervorstellung: Die ganze Unternabelgegend von grossen knolligen Tumormassen ausgefüllt, die anscheinend der Bauchwand adhäriren. Wallnussgrosser Tumor im Douglas, der mit dem Bauchtumor anscheinend in Verbindung steht. Am äusseren Muttermund 20pfennigstückgrosse dunkele Partie, die leicht blutet.

Diagnose: Carcinoma peritonei und beginnendes Uteruscarcinom.

Therapie: Condurango.

Laut Bericht des Herrn Dr. Hinrichsen aus Burg i./Dithm. ist Patientin am 18. September 1891 gestorben.

7. Fall.

Journ.-No. 11322. Margarethe S., 43jährige Arbeitersfrau.

Anamnese: 2 ziemlich schwere Geburten, bei der letzten Mastitis; später

Cervikalkatarrh. Etwas vor Weihnachten 1885 Schmerzen im Abdomen, und Wahrnehmung eines circa mannesfaustgrossen Tumors daselbst. Nachtschweisse, Schwächegefühl.

Status praesens: Magere anämische Frau, Abdomen mässig stark ausgedehnt, über der Symphyse ein runder, glatter, anscheinend cystischer Tumor fühlbar, der bis 1 Finger breit unter den Nabel reicht. Grösster Leibesumfang 82 cm. Per vaginam fühlt man über dem vorderen Scheidengewölbe in grosser Ausdehnung den prallelastischen Tumor, der sich in der Narkose gut vom Uterus abheben lässt.

28. V. 86. Ovariotomie: Incision etwas über den Nabel hinaus, Tumor wird uneröffnet entwickelt, Stiel, vom lig. lat. sinistr. ausgehend, breit. Tumor abgetragen, Peritoneum, soweit sichtbar, gesund

Die Geschwulst ist mannskopfgross, rund, enthält eine graubraune, dicke, aber leichtfliessende Masse, mit reichlichen Flocken und Fetttröpfchen. Die Geschwulstoberfläche im Ganzen glatt, mit einigen gelblichdurchscheinenden, flachprominirenden Bezirken. Beim Einschnitt auf diese findet sich Bindegewebe, in Balken angeordnet, deren Zwischenräume mit weissgelblicher markiger Masse erfüllt sind. Der abgestreifte Saft ergiebt mikroskopisch theils grosse platte Zellen, theils Rundzellen, alle im fettigen Zerfall. Beim Zerzupfen dieselben Zellen ohne erkennbare typische Anordnung. Ein konischer Vorsprung, der am oberen Pol der Cyste sitzt, besteht aus ursprünglich mehreren kleinen Hohlräumen, deren septa aber nur noch von einem matschen, blutig infiltrirten, vielfach durchbrochenem Bindegewebe gebildet werden. Die Innenfläche des Hauptraumes ist theils glatt, theils mit graugelblichen Auflagerungen besetzt. Am seitlichen Umfang des Tumors finden sich noch mehrere hühnereigrosse Nebenräume, dicht erfüllt mit Haarmassen. Mikroskopisch findet sich für verschiedene Theile, soweit sie sich haben färben lassen alveoläre Struktur, die Alveolen angefüllt mit Zellenhaufen, jedoch erscheint die Diagnose Carcinom zweifelhaft.

Diagnose: Dermoidcyste des linken Ovariums mit carcinomatöser Entartung (?) der Wandungen. Fast totale Nekrose der Geschwulst.

Verlauf: Zunächst nach der Operation Erbrechen, Schmerzen, beides schwindet schon am dritten Tage. Am 8. V. 86 leichter Blasenkatarrh, durch Katheterismus entstanden, subfebrile Temperatur, die jedoch bald wieder auf die Norm herabsinkt. 21. V. 86 Entlassung mit einer Leibbinde.

Ist nach Meldung des Arztes Dr. Paulsen aus Ellerbeck völlig gesund.

8. Fall.

Journ.-No. 11415. Doris K., 27jährige Landmannstochter.

Anamnese: Menses regelmässig. Seit Mai 1886 Gefühl von Schwäche, Appetitlosigkeit, starke Abmagerung, Schmerzen im Abdomen bei Bewegungen. Vor 5 Wochen Anschwellung des Leibes bemerkt, die immer mehr zunahm.

Status praesens: Blasse, magere Person. Nonnensausen, sonst Brustorgane gesund. Abdomen hat einen grössten Umfang von 94 cm und bietet überall das Gefühl der Fluktuation. Per vaginam fühlt man das kleine Becken nach oben hin durch eine flächenförmige Resistenz abgeschlossen. In der hintern Scheidewand liegt dicht unter der Vaginalschleimhaut ein haselnussgrosser Knoten, von dem nach beiden Seiten in das Becken, entlang den Douglas'schen Falten harte, etwa fingerdicke Stränge ziehen. Rechts vom Uterus eine etwa mannsfaustgrosse Geschwulst im Parametrium, in Verbindung mit obigen Strängen; giebt bei Betastung das Gefühl des Schneeballknirschens.

18. VIII. 86. Ovariotomia duplex: 15 cm lange Incision, reichlicher Abfluss hellgelber, fast klarer Ascitesflüssigkeit. Das stark injicirte Netz, mit seinem unterem Rand im kleinen Becken adhärent, wird unterbunden und durchtrennt. Am rechten lig. lat. kindskopfgrosser, mit papillären Wucherungen besetzter Tumor. Ausserdem mehrere intraligamentös gelegene, dünnwandige, gleichfalls innen mit flachen Wucherungen ausgekleidete Cysten, deren grösste berstet bei dem Versuch der Ausschälung. Lig. lat. mitsammt dem Tumor entfernt. Links ein papillärer Tumor ebenso gross wie rechts, wird ebenfalls abgetragen. Rechts auf der Serosa an der vorderen Basis des lig. lat. ein isolirter, markstückgrosser fein papillärer Knoten. Das Peritoneum sowie die hintere Becken- und Bauchwand mit flachen, farblosen Wucherungen besetzt. Ausserdem ein vom linken lig. lat. zur vorderen Mastdarmwand ziehender dicker Strang mit dunkelrothen, feinpapillären Wucherungen be- und durchsetzt. Am Mastdarmende desselben ein kirschgrosser, cystischer Knoten, der innen eine körnige Masse enthält. Ausserdem noch mehrere solcher Knoten im Peritoneum des Douglasschen Raumes; im Grunde desselben flache, verkäste Auflagerungen, die möglichst mit dem Thermokauter zerstört werden.

Beide entfernte Eierstöcke, der rechte hühnereigross, der linke pflaumengross, sind mit papillären Wucherungen besetzt. In der Ascitesflüssigkeit befinden sich rundliche, protoplasmareiche Zellen mit grossem Kern.

Diagnose: Carcinoma papillare ovarii utriusque.

Verlauf: Zunächst Meteorismus. Am 11 Tage Verbandwechsel, Wunde gut verheilt. Temperaturen gewöhnlich 37° bis 37,2°.

10. IX. 86. Entlassung.

Patientin hat sich, laut Bericht des Arztes, Dr. Jessen in Pinneberg, bald nach ihrer Rückkehr aus Kiel verheirathet und war gesund bis zum März 1890, jedoch nie menstruirt. Damals erkrankte sie an einer als carcinomatös gedeuteten Peritonitis, erholte sich jedoch wieder und kam erst Anfang Februar 1892 wieder in ärztliche Behandlung, abermals unter den Erscheinungen einer Peritonitis chronica. Tumormassen waren nirgends fühlbar. Seit dem 19. dieses Monats ist die Frau nicht mehr in ärztliche Behandlung gekommen.

9. Fall.

Journ.-No. 11419. Elsabe B., 61jährige Landmannsfrau.

Anamnese: Vor 14 Jahren Menopause.

März 15. eine Anschwellung im Leibe bemerkt, zugleich Wiederauftreten einer Uterusblutung, welche im Oktober wieder kehrte. Seit der Zeit wiederholte sie sich mehrere Male. Der Umfang des Leibes nahm zu, keine Schmerzen. Ziemlich erhebliche Abmagerung.

Status praesens: Grösster Umfang des Abdomens 109 cm; ein Tumor, der mehr die rechte untere Bauchseite einnimmt, reicht nach oben bis in die Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz, rechts bis an den unteren Rippenbogen, links nicht ganz so weit. Er fluctuirt im Allgemeinen, hat aber auch härtere Stellen; die Oberfläche zeigt hier und da Einkerbungen. Der Uterus lässt sich deutlich vom Tumor trennen.

14. VIII. 86. Ovariotomie: Der Tumor nirgends adhärent, wird uneröffnet herausgewälzt; der breite und lange Stiel, vom linken lig. lat. gebildet, welches sich im ganzen auffällig dick und derbe zeigt, wird unterbunden und die Geschwulst ab-

getragen. Sie enthält mehrere grössere, mit bräunlichem Inhalt gefüllte Hohlräume. Mehr centralwärts gelegene Abschnitte bestehen aus blutig inbibirtem, breiig erweichtem Gewebe, welches von lockerem macerirten Bindegewebsseptis durchzogen wird. Mehrere der Cystenräume sind an der Innenseite mit hirnähnlichen, weisslichen Gewebsmassen besetzt. An dem am Tumor befindlichen Stielrest sind keine abnormen Einlagerungen wahrzunehmen. Die mikroskopische Untersuchung der genannten markigen Wucherungen ergiebt Carcinomstruktur.

Diagnose: Cysto — carcinoma ovarii sinistri.

Verlauf: Der Harn muss bis zum 10. Tage mit dem Katheter entleert werden, sonst reaktionslose Heilung, kein Fieber.

8. IX. 86. Entlasssung.

10. Fall.

Journ.-No. 11423. Wilhelmine H., 24jähriges Fräulein.

Anamnese: Bis zum Mai 86 regelmässig menstruirt, seit der Zeit unregelmässige Menstruation. Seit drei Wochen beginnende Schwellung des Leibes, Schmerzen in der Magengegend, schneller Kräfteverfall, Wasserlassen sehr schmerzhaft.

Status praesens: Abgemagertes Individuum. Abdomen stark aufgetrieben, grösster Umfang 94 cm. Freie Flüssigkeit im Leibe. Per vaginam sind im hinteren Beckenraum, rechts im grösseren Umfange, knollige, derbe Geschwulstmassen zu fühlen, von denen der Uteruskörper sich nicht isoliren lässt.

14. VIII. 86. Laparotomie: Das vorliegende Netz ist sehr umfangreich, dunkelroth und höckerig verdickt, unten im Becken adhärent, seine stark gefüllten Venen anscheinend überall thrombosirt. Es wird bis nahe an das Colon transversum resecirt. Aus der Bauchhöhle entleert sich reichlich serös-eitrige Flüssigkeit. Beide ligam. lata speckig infiltrirt; rechtes Ovarium faust-, linkes hühnereigross, die Tuben kollossal verdickt. Entfernung der Adnexa.

Die Ovarien bestehen auf dem Durchschnitt aus einem speckigen Gewebe von faseriger Struktur. Mikroskopisch zeigen sie eine Durchsetzung des auf spärliche Bindegewebszüge reducirten Stroma mit Rundzellen.

Diagnose: Sarcomatose des Netzes, Mesenteriums, der Mesenterialdrüsen, der Ovarien, des lig. lat.

Verlauf: Nach der Operation äusserst kleiner und frequenter Puls, collabirtes Aussehen. Um 12 Uhr Abends exitus letalis.

Sectionsbefund: Operationsdefekt des Netzes und der Uterusadnexa. Sarcomatose der Mesenterialdrüsen und einer Bronchialdrüse. Pleuritische Verwachsungen, Lungenemphysem und Oedem, chronische Meningitis, Atrophie des Herzmuskels.

11. Fall.

Journ.-No. 11512. Anna H., 51 jährige Schumachersfrau.

Anamnese: Bis vor 3 Jahren regelmässig menstruirt, von da in längeren Pausen. Im Sommer d. J. nach $1^1/_2$ jährigem Ausbleiben der menses geringe dreitägige Blutung, die sich nach 4 Wochen wiederholte. Vor 8 Wochen zuerst Schmerzen im Leibe, die nach Bettruhe verschwanden, dann aber beim Aufstehen wiederkehrten, und mit Erbrechen einhergingen. Vermehrte Spannung im Unterleibe erst seit den letzten Wochen.

Status praesens: Gesund aussehende Frau. Der untere Theil des Abdomens wird durch einen Tumor vorgewölbt, der ziemlich median gelegen ist und bis 2 Finger breit unter den Nabel reicht. Grösster Umfang des Leibes 91,5 cm. Innerlich fühlt man im rechten Parametrium einen dicken, derben Strang, der mit dem Uterus einerseits und mit dem Tumor andererseits in Verbindung zu stehen scheint. Der Tumor ragt mit einem Segment ins kleine Becken.

22. IX. 86. Ovariotomie: Der Tumor hat flächenhafte Adhäsion an der hinteren Beckenwand, die sich jedoch ziemlich leicht trennen lässt; bei ihrer Ablösung berstet aber die Geschwulst und es ergiessen sich dunkelbierbraune dünne Flüssigkeit und zum Theil völlig gelöste knollige Geschwulsmassen aus der Rissöffnung. Der vom lig. lat. gebildete Stiel wird unterbunden, die Geschwulst abgesetzt. Metastasen sind nirgends wahrzunehmen.

Die einfache Cyste zeigt an ihrer Innenfläche zum Theil flache, zum Theil an kurzen, dicht nebeneinanderstehenden Stielen aufsitzende Knoten, deren Oberfläche glatt, bei dem grössten gelblich, bei den kleineren hellroth ist. Auf dem Durchschnitt zeigen sie eine dunkelroth imbibirte Rindenschicht, im Centrum graues glasiges Aussehen.

Diagnose: Cysto-sarcoma ovarii dextri.

Verlauf: Anfangs einige Schmerzen im Abdomen, die leicht vorübergehen; guter Schlaf, spontane Urinentleerung. Am 24. IX. steigt jedoch die Temperatur, es tritt Husten mit Schleimauswurf auf, in der Axillarlinie deutliche Rasselgeräusche; grosse Somnolenz, häufigeres Erbrechen. Am 27. IX. ist der Auswurf putride riechend, leicht bräunlich, das Fieber steigt bis 39°, starker Husten, deutlich bronchiales Athmen.

28. II. 86 exitus letalis.

Sectionsbefund: Gangränheerde beider Unterlappen, zerfallende Fremdkörperpneumonie im rechten Oberlappen und Mittellappen, Lungenemphysem und Oedem, Bronchiektasien, beiderseitige fibrinöseitrige Pleuritis. Milzschwellung. Frische fibrinöse Peritonitis der im kleinen Becken liegenden Darmschlingen, ausgedehnte schwarze Fleckung des Peritoneums. Zwei Sarcomknötchen (?) am Peritoneum.

12. Fall.

Journ.-No. 12074. Mathilde H., 48jährige Landmannsfrau.

Anamnese: 4 Geburten, letzte vor 7 Jahren. Seit drei Jahren haben die menses immer mehr anteponirt, sind stärker und langdauernder geworden, sodass sie in der letzten Zeit alle 8 Tage kamen und 5—6 Wochen dauerten. Im Herbste des Vorjahres zuerst ein Tumor bemerkt, der seit der Zeit nicht gewachsen sein soll. Keine Schmerzen aber grosse Schwäche, Uebelkeit, Erbrechen.

Status praesens: Hochgradige Anämie, grösster Leibesumfang 80,5 cm. 3 Finger breit über der Symphyse fühlt man die Kuppe des harten, von mehreren Geschwülsten durschsetzten Uterus, in der rechten Seite einen nicht ganz mannskopfgrossen, prallelastischen Tumor, der nach links bis zur Mittellinie, nach oben 1 Finger breit über den Nabel geht. Es scheinen festere Partieen in ihn enthalten zu sein. In der linken Seite fühlt man, fast ganz im Becken gelegen, einen mannsfaustgrossen, cystischen Tumor, der die Symphyse handbreit überragt. Innerlich fühlt man den Uterus nach vorn gedrängt, die portio gleich hinter der Symphyse. Der kleinere linke Tumor hat das hintere Scheidegewölbe ganz nach vorne gedrängt. Er fühlt

sich knollig und hart an. Der rechte Tumor besteht aus mehreren Cysten mit zum Theil durchscheinendem, graulichen Inhalt, sitzt dem lig. lat. dicht an. Wird abgesetzt. Linksseitiger Tumor, im Beckenboden adhärent, reisst ein bei der Ablösung und es ergiesst sich aus einem der Hohlräume ein wenig trüber Inhalt in die Beckenhöhle; er sitzt gleichfalls mit kurzem Stiel am lig. lat.; etwas derbes Gewebe bleibt in dem Stielstumpf zurück. Auf der Oberfläche des kleinfaustgrossen Uterus sitzen flache, bis 5-pfennigstückgrosse, zum Theil feinhöckerige Erhabenheiten. Das Bauchfell überall gesund. Es wird die Totalexstirpation des Uterus vorgenommen. Die Ovarialtumoren bestehen an der Peripherie aus kleineren, bis taubeneigrossen Cysten, deren Innenfläche zum Teil glatt, zum Theil mit papillären Wucherungen besetzt ist. Im Innern bestehen die Geschwülste theils aus einfachen kleinen, mit weichen papillären Massen ganz erfüllten Hohlräumen, theils aus einem mehr diffusen markigen Gewebe, in dem aber eine alveoläre Anordnung des Stroma noch wahrnehmbar ist. Mikroskopisch findet sich zum Theil typisch papilläre Struktur, zum Theil Bildung von Zellschläuchen, vielfach mit mehrfacher Schichtung der theils cylindrischen, theils rundlichen und polygonal begrenzten Zellen. Hier und da liegen die Zellen ohne typische Anordnung in soliden Haufen innerhalb des Stroma. Die Auflagerungen am Uterus zeigen dasselbe Bild.

Diagnose: Carcinoma ovarii utriusque et uteri secundarium.

Verlauf: In den ersten Tagen heftige Schmerzen im Abdomen, die durch Morphium besänftigt werden. Häufiges Aufstossen; am 15. III. mehrfaches Erbrechen. Meteorismus, sehr kleiner Puls. Am 16. III. wieder sehr häufiges Erbrechen, gegen Abend sehr collabirtes Aussehen.

Enterostomie: Links unterhalb des lig. Poupartii wird ein 10 cm grosses Stück der Dünndarmschlinge ringsum an die Serosa und Muskulatur angenäht und dann incidirt. Es entleeren sich reichliche Darmgase und der Puls hebt sich sofort.

Es folgen in den nächsten Tagen häufige dünne Stühle, die durch Opium bekämpft werden. Allgemeinbefinden gut. 26. III. ödematöse Schwellung des linken Beines, Stuhl hart, Granulationen sehr gut. Die Temperatur ist während des ganzen Heilungsverlaufes ziemlich hoch, subfebril. 5. V. 88. Entlassen mit einer stecknadelkopfgrossen Fistel.

3. VIII. 88. Patientin erholt sich langsam, die Fistel ist völlig geschlossen. Im Becken keine Anschwellung zu fühlen.

Ostern 1890 exitus letalis; sehr schnell wachsendes Recidiv im Becken.

13. Fall.

Journ.-No. 12903. Friederike St., 46jährige Arbeitersfrau.

Anamnese: Mitte August 88 Aufhören der Menses, gleichzeitig Schwellung des Abdomens bemerkt und den in der linken Seite fühlbaren Tumor. Eine Zunahme des Leibesumfanges sowie der Athembeschwerden hat bis zur Aufnahme stattgefunden.

Status praesens: Leicht cyanotisches Aussehen, Dyspnoë, rechte Thoraxhälfte bei der Athmung fast garnicht betheiligt, überall Dämpfung, bis auf den innern Bezirk an der Spitze; pleuritisches Reiben. Abdomen 94 cm Umfang, fluktuirt wellenförmig. An der linken Bauchwand ist ein doppelt faustgrosser, derber, ballotirender Tumor zu fühlen. Uterus nach vorn und oben gedrängt. Im hinterem Scheidengewölbe eine höckerige Partie sichtbar, die nicht mit dem Tumor in Zusammenhang

zu stehen scheint. Bei Punktion der rechten Thoraxhälfte Entleerung von 2 Litern opalescirender, blassgelber Flüssigkeit, welche zum Theil lockeres Gerinnsel enthält, theils abgeplattete Zellen mit grossen Kernen.

18. II 89. Ovariotomie: 15 cm langer Einschnitt. Reichlicher Ausfluss hellgrau grünlichen, schwach trüben Serums. Die Parietalserosa überall mit dichtstehenden, ganz blassen, feinen Körnchen besetzt. Linksseitiger Tumor, nicht adhärent, sitzt dem linken lig. lat. in dessen ganzer Breite hinten dicht an, wird abgetragen. Der rechtsseitige Tumor bietet dieselben Verhältnisse, wird ebenfalls abgetragen, wobei die Umstechungsnaht noch einen Theil des Uterus mitnimmt. Man sieht auf beiden lig. lat. umschriebene, gelbliche Heerde, die Venen sind sehr weit strotzend gefüllt; rechts entsteht unterhalb der Ligaturenreihe ein Hämatom.

Die beiden, reichlich doppelfaustgrossen Geschwülste zeigen an der Oberfläche flache, buckelförmige Erhabenheiten, die namentlich in den Vertiefungen gelbliche und weissliche unregelmässige Flecke aufweisen. Auf dem Durchschnitt besteht die Geschwulst aus derbem, homogenem Gewebe, das grauröthlich, stellenweise dunkelrothbraun imbibirt erscheint. Die feuchte Schnittfläche lässt reichliches Serum austreten. Herr Prof. Heller erklärt sie für ein Sarcom. Nur im linken Tumor sind einige Cysten in der Peripherie mit dünner, bräunlicher Flüssigkeit gefüllt. Soweit sichtbar, ist die ganze Parietalserosa der Bauchhöhle mit durchsichtigen, farblosen Knötchen besetzt, die Darmserosa ist geröthet, sonst nicht erkrankt. Am Mesenterium hier und da kleine, weisse zarte Knötchen. Netz stark verkürzt und verdickt, von kleinen, weisslichen Knoten durchsetzt.

Diagnose: Sarcoma ovarii utriusque.

Verlauf: Anfangs etwas Kreuzschmerzen, jedoch durchaus befriedigendes Befinden. 30. XII. Abnahme des Verbandes, gutaussehende Narbe, lineare Heilung. 31. XII: rechte Lunge zeigt von der spina scapulae abwärts zunehmende Dämpfung, und hier stark abgeschwächtes Vesikulärathmen. Kein Husten oder Schmerzen. Die Temperaturen steigen nie über 38,5 °.

7. I. 90. Bei Wohlbefinden entlassen mit einer Gummibinde.

Wiederaufnahme 5. IV. 90. Starker Ascites. Punktion. 10 Liter hellgelber Flüssigkeit. Daneben Pleuraerguss. Nach Meldung des Arztes, Herrn Dr. Plambeck in Lütjenburg, ist die Patientin im Laufe des Sommers 1890 einige Male von ihm punktirt worden und im Herbst desselben Jahres kachektisch zu Grunde gegangen.

14. Fall.

Journ.-No. 13035. Frau Sophie M., 52 jährige Oberin.

Anamnese: Im ersten Jahre ihrer Ehe ein Abort, seitdem nicht wieder geboren. 1874 incontinentia urinae, und seitdem stets erschwerter Stuhlgang. Vor 4 Wochen plötzlich heftiger Schmerz im Abdomen, linksseitig, der immer beigeblieben ist, besonders heftig beim Gehen, Uriniren und der Defäkation.

Status praesens: Nicht ganz mittlerer Ernährungszustand, Abdomen etwas gespannt, links über dem lig. Poupartii vermehrte Druckempfindlichkeit. Bei der Untersuchung in Narkose findet man den Uterus atrophisch, das rechte Ovarium kleinapfelgross mit höckeriger Oberfläche; das linke Ovarium ist nicht ganz hühnereigross. Eine im Douglas'schen Raum eingelagerte Geschwulstmasse, sowie auch das

rechte Ovarium erscheinen durch Bindegewebsmassen fixirt. Per rectum lässt sich die erstere etwas heben, wobei man das Gefühl des Schneeballknirschens hat.

8. III. 90. Laparotomie: Der linksseitige Tumor leicht entwickelt und abgetragen. Der rechtsseitige reisst beim Herausheben aus der Bauchwunde vom lig. lat. völlig ab; starke Blutung. An der Parietal-Serosa mehrere kleine, weissliche Knötchen, im Douglas'schen Raum eine ganze Reihe von röthlichen markigen Auflagerungen. Die beiden Geschwülste, jede reichlich 2 Faust gross, mit zahlreichen Hervorragungen der Oberfläche, zeigen eine ganz zarte Bindegewebskapsel, welche an der rechten Geschwulst beim Herausholen eingerissen, an der linken von graugelben und röthlichen Massen durchbrochen ist. Unter der Kapsel hier und da kleine Cystchen. Auf dem Durchschnitt bestehen die Geschwülste aus einer hellgrau-röthlichen, markigen Neubildung mit sehr brüchigem Gewebe. Innerhalb desselben grössere und kleinere Spalträume. In dem Geschwulstgewebe makroskopisch hier und da ein zartes Bindegewebsgerüst wahrnehmbar. Mikroskopisch sieht man in Bindegewebsräumen Rundzellen mit scharf konturirtem Kern, zum Theil auch grosse, theilweise mehrkernige Zellen und ganz freie Kerne.

Diagnose: Sarcoma ovarii utriusque.

Verlauf: In den ersten beiden Tagen Erbrechen; Schlaf auf Morphium gut; das Erbrechen wiederholt sich am 13., 14., 15. III. — 16. III. Blähungskoliken, halbstündlich auftretend, heftige Schmerzen. Die Wunde in der unteren Hälfte entzündlich, schmerzhaft, reichlicher Eiter aus allen Stichkanälen, täglicher Verbandwechsel. 24. III. Es lässt sich ein, die rechte Beckenhälfte ausfüllender, prallelastischer Tumor fühlen, der in der Höhe des Beckeneingangs das rectum stark einklemmt. Im hintern Scheidengewölbe wird mit dem Troikart eingestochen und 400 ccm flüssiges braunrothes Blut entleert. Die Einstichöffnung wird auf Fingerdicke erweitert, der Hohlraum mit Gaze ausgestopft. Eine grosse Menge dünnen, wässerigen Stuhles geht ab, Schmerzen gehoben.

Der Appetit bleibt dauernd sehr schlecht.

31. III. fühlt man im rechten Hypochondrium auf dem etwa 2 cm hervorragenden Leberrande in der Mamillarlinie eine flache, undeutliche Resistenz mit starker Druckempfindlichkeit; auch beim Athmen sind hier Schmerzen, die durch Eis gelindert werden. Cort. condurango und acid. muriat. Die Bauchwunde eitert und auch aus der retrouterinen Höhle werden mehrere Male Eiterflocken entfernt. Jedoch bessert sich das Allgemeinbefinden andauernd, bis die Patientin 22. IV. 90 entlassen wird.

Nachdem eine allmählige Zunahme der Kräfte stattgefunden hatte, trotz einer im Anfang auftretenden ziemlich heftigen Cystitis und Patientin wieder ihren Dienst versehen konnte, ist sie am 10. XI. 91 einem Recidiv erlegen. Es hatten sich mehrere Tumoren bis über Faustgrösse im Abdomen wieder entwickelt, die die Defäkation sehr erschwerten und den Zustand in den letzten Monaten zu einem überaus qualvollen machten.

15. Fall.

Journ.-No. 13048. Frau L., 50 jährige Schumachersfrau.

Anamnese: Ist stets kränklich gewesen; im 25. Jahre Nervenfieber; immer magenleidend. Seit Weihnachten Schmerzen bei Druck auf den Unterleib, seit 2 Wochen beständig fortdauernde Blutung.

Status praesens: Magere anämische Patientin, Abdomen gleichmässig aufgetrieben, freier Ascites. Ueber der Symphyse rechts undeutlich ein derber, faustgrosser Tumor fühlbar. Links Parametrium schmerzhaft, ziemlich stark vergrössert, an einigen Stellen mit unregelmässigen Prominenzen.

15. III. 90. Laparotomie. Nach der Incision Entleerung von mässig trübem Ascites. Im Beckeneingang rundlicher faustgrosser Tumor. Auf dem Beckenperitoneum und anscheinend auch weiter oben im Netz weisse Knötchen, rechts die Adnexa in Adhäsionen gehüllt, welche gleichfalls weisse Knoten zu enthalten scheinen.

Der entfernte Tumor zeigt auf dem Durchschnitt ein theils grauröthliches markiges, theils myxomatöses Aussehen; auch einige bis reichlich kirschkerngrosse Hohlräume mit glatten Wandungen sind vorhanden.

Diagnose: Carcinoma ovarii dextri.

Verlauf: Leichte Blähungsbeschwerden und Schmerzen im Beine zu Anfang. Beim Verbandwechsel zeigt sich die Bauchwunde geheilt (1. V.). Stuhlgang muss durch Oel und Mittelsalze hervorgerufen werden.

7. IV. ist wieder deutlich Ascites nachweisbar. Die Temperatur, immer subfebril, steigt 1. IV. auf 39,5, um dann aber nur am 5. und 6. 38° zu überschreiten. Wird 10. IV. 90 ungeheilt entlassen und ist, zufolge Todesanzeige in den ersten Tagen des Mai an Lungenentzündung gestorben.

16. Fall.

Journ.-No. 13098. Maria L., 61jährige Tischlermeistersfrau.

Anamnese: 9 Geburten, 2 Aborte, normale Wochenbetten. Bald nach Eintritt der Menopause die Geschwulst im rechten Hypogastrium bemerkt, die beständig gewachsen ist, aber ohne Schmerzen.

Status praesens: Schwach gebaute, stark anämische Person. Abdomen stark aufgetrieben durch einen cystischen Tumor, der bis 3 Finger breit über den Nabel reicht, im Ganzen eine glatte Oberfläche hat, nur nach dem rechten Darmbein hin apfelgrosse Hervorwölbungen zeigt. Hier ist er auch empfindlich. Der Tumor ist über dem Becken frei beweglich. Per vaginam fühlt man den Uterus sich breit dem Tumor anlegend.

26. IV. 90. Ovariotomie: Nach Incision Abfluss von trüber ascitischer Flüssigkeit. Die vorliegende, nicht adhärente Geschwulst, mit glatter, grauröthlicher Oberfläche wird punktirt und entleert geruchlose, graugelbe, puriforme Flüssigkeit, der sich flüssiges, öliges Fett beimengt. Am hinteren Umfang des Tumors breite Adhäsion des dunkel gerötheten Netzes, wird, wie mehre andere breite Adhäsionen, abgebunden, wobei an der Spitze des proc. vermiformis etwas speckig verdicktes Gewebe zurückbleibt. Der Stiel der Geschwulst geht vom linken lig. lat. aus, wird ligirt, und der Tumor abgetragen.

Die Cyste hat eine ziemlich dicke, nicht brüchige Wand; ihre Innenfläche ist von gelblicher Färbung. Die Basis ist eingenommen von einer rissigen, weissgelblichen, trockenkäsigen Masse; sie wird gebildet von einer bis zu 3 cm dicken, scheibenförmigen Verdickung der Wand, in deren Mitte der Stiel aufsitzt. Auf dem Durchschnitt finden sich in dem derben, speckigen Gewebe der Wand umschriebene bis wallnussgrosse Herde einer gelblichen, ziemlich trockenen Substanz. Man findet mikroskopisch grösstentheils an von diesen Herden entnommenen Präparaten welliges

Bindegewebe mit dazwischen liegenden Zellen und einzelnen Zellkernen. In dem abgestreiften Saft finden sich runde und ziemlich grosse Spindelzellen. Der Cysteninhalt zeigt mikroskopisch zahlreiche Cholestearin- und nadelförmige Fettcrystalle, sowie einzelne Rundzellen. Das Gewebe des an der Cyste befindlichen Theiles des lig. lat. erscheint nicht verändert. Nahe der Stielinsertion sitzt an der Aussenfläche der Cyste ein haselnussgrosser, breit aufsitzender Knoten, dessen Gewebe auf dem Durchschnitt weisslich und röthlich gefleckt, zum Theil speckig erscheint. Mikroskopisch findet man an den bindegeweblichen Fachwerken sehr zahlreiche, verzweigte, mit einander communicirende Alveolen, die mit grossen soliden Zellmassen ohne typische Randstellung ausgefüllt sind.

Diagnose: Dermoidcyste des linken Ovarium mit metaplastischer Krebswucherung in einem Theil der Cystenwand.

Verlauf: Andauerndes Wohlbefinden, leichter, breiiger Stuhl, Temperaturen nur in den ersten Tagen nach der Operation 37,6 sonst nicht über 37°. Entlassen 18. V. 90.

Ein Brief von der Patientin meldet vom 16. XII. 90 das beste Wohlbefinden. Nachricht von ihrem Arzt, Dr. Brüchmann, meldet unterm 1. III. 92 dass Patientin sich vollkommenen Wohlbefindens erfreut und dass sich bisher kein Recidiv gezeigt hat.

17. Fall.

Journ.-No. 13203. Caroline J., 52jährige Gefängnisswärtersfrau.

Anamnese: 5 Geburten, letzte vor 18 Jahren. Wochenbetten normal. Vor 1 Jahr auftreten der Menopause. Anfangs 1890 plötzlich Blutung, täglich 1—2 ma und dabei wehenartige Schmerzen. Die Blutung dauerte 4 Wochen. Starke Druckempfindlichkeit in der regio suprapubica. Seit 8 Wochen Zunahme des Leibes, schneller als bei Gravidität, starker Kräfteverfall.

Status praesens: Sehr kachektisches Aussehen, schlechter Ernährungszustand. Abdomen kugelig aufgetrieben, grösster Umfang 107 cm. Derbe, leicht bewegliche, knollige Tumormasse zu fühlen. Per vaginam ist der Tumor nicht zu fühlen, wohl aber bei Druck auf ihn von oben eine deutliche Mitbewegung der Portio.

5. VII. 90. Ovariotomia duplex: Einschnitt in der linea alba, Entleerung von ziemlich reichlichem hellbierbraunem Ascites. Der vorliegende, kleincystische Tumor wird incidirt und entleert dünnschleimigen Inhalt. Der Tumor sitzt breit an der hinteren Lamelle des lig. latum, welches in seiner ganzen Höhe verdickt und starr erscheint, besonders nach dem Uterus zu markig infiltrirt ist. In der rechten Bauchseite entspringt ein kindskopfgrosser, polycystischer Tumor vom rechten lig. latum, welches nicht verdickt erscheint. Die Geschwülste werden entfernt. In der rechten Douglas'schen Falte finden sich kleine, knotige Einlagerungen. Das Netz ist im unteren Theile verdickt, von glasig-weisslichen Massen durchsetzt. Auf der Parietal- und Darmserosa einzelne weissliche, flach hervorragende Flecke, an der Parietalserosa mit etwas eingezogener markiger Umgebung.

Die beiden multiloculären Cystome bestehen aus mehreren faustgrossen Cystenräumen und sehr vielen bis zu kirschgrossen Cystchen; sie haben einen klaren, etwas roth gefärbten Inhalt. Das Zwischengewebe ist nur an einzelnen Stellen fester und markig aussehend; man sieht hier mikroskopisch geringe kleinzellige Infiltration des Bindegewebes, in welchem sich Hohlräume befinden, die mit Cylinderepithel in

typischer Anordnung in einer Schicht ausgekleidet sind. In einem aus dem Netz entfernten Knoten sieht man zahlreiche, mit einschichtigem Cylinderepithel typisch ausgekleidete Hohlräume, die zum Theil ganz mit Zellen erfüllt sind.

Diagnose: Cystoma ovarii utriusque carcinomatosum.

Verlauf: Am 8. Tage nach der Operation ist schon wieder der Ascites deutlich nachzuweisen. Das Allgemeinbefinden ist befriedigend. Beim Verbandwechsel am 10. Tage zeigt sich die Operationswunde per primam geheilt. Der Ascites nimmt bis zur Entlassung stark zu, welche am 2. VIII. 90 erfolgt.

Nach Bericht des Arztes, Herrn Dr. Harder, ist Patientin nach ihrer Heimkehr zweimal punktirt worden, wobei das erste Mal 10½ Liter, das zweite Mal reichlich 8 Liter Flüssigkeit entleert wurden. Die Punktion zeigte sich, namentlich der hochgradigen Dyspnoe wegen, durchaus erforderlich. Jedesmal nahm aber der Ascites schnell wieder zu. 4 bis 5 Wochen nach ihrer Rückkehr ist Patientin an Erschöpfung gestorben.

18. Fall.

Journ.-No. 13210. Caroline B., 45jährige Sattlersfrau.

Anamnese: Seit 89 November allmähliges Eintreten der Menopause, damals zuerst Aufgetriebensein des Leibes bemerkt, welches zurückging, Weihnacht 89 aber wieder auftrat und seitdem beständig zunimmt. Keine Schmerzen.

Status praesens: Ziemlich stark kachektische, schlecht genährte Frau. Grösster Umfang des Abdomen 92 cm; in demselben ein deutlich cystischer Tumor von mittlerer Spannung. An ihm ist etwa oberhalb der Inguinalfalte eine kirschgrosse, harte Auflagerung zu fühlen. Im Verlauf der rechten Douglas'schen Falte ein aus harten Knötchen zusammengesetzter Strang. Im Douglas'schen Raum eine fingerdicke Resistenz fühlbar, die sich links zur Beckenwand hin verliert.

8. VII. 90. Ovariotomia duplex: Ziemlich reichlicher Abfluss rothbräunlicher ascitischer Flüssigkeit. Hinter der Bauchwunde Cysten mit grauer, etwas trüber, glatter Oberfläche. Eireissen an mehreren Stellen. Entleerung von hellbraunem dünnen Inhalt. Die Geschwulst sitzt der hinteren Lamelle des linken lig. lat. dicht an; in den äusseren zwei Dritteln des Bandes steckt die Geschwulst mit ihrem untersten Segment breit zwischen seinen beiden Blättern. Abtrennung und Ausschälung der Geschwulst. Das rechte Ovarium ist pflaumengross, mit bläulichen und röthlichen Buckeln besetzt; wird entfernt. Die Serosa der im kleinen Becken liegenden Dünndarmschlingen ist geröthet; in der Tiefe ist auf der hinteren Fläche des lig. lat. nahe den Douglas'schen Falten eine kleine, höckerige, markige Auflagerung sichtbar. Die Serosa des Uterus ist mit einer Anzahl kleiner, röthlicher Knoten besetzt. Sonst keine Metastasen am Bauchfell wahrnehmbar.

Der entfernte Tumor ist eine unregelmässig gestaltete Cyste von glatter Oberfläche, an deren Innenwand sich harte, feste Theile erkennen lassen. Die Wand, an einzelnen Stellen nur millimeterdick, ist sehr brüchig, die festeren Theile bestehen aus markigem Gewebe. Apfel- bis kirschgrosse, leicht zerdrückbare, weiche Knoten prominiren gegen die Cystenhöhle. Ein Theil derselben ist durchgehends gelb, sehr weich, anscheinend verfettet. Auf dem Durchschnitt erscheinen sie von einem markigen homogenen Gewebe gebildet; in einigen finden sich kleine Hohlräume. An einzelnen ist das Gewebe gleichmässig blutig imbibirt, an anderen nur in der

Peripherie markig, grauweiss, näher der Basis feucht, glasig, wie myxomatös. Der von den markigen Theilen abgestreifte Saft zeigt Körnchenhaufen, einzelne Cholestearinplatten und grosse, cylindrische Zellen, die zum Theil kleinere und grössere Vacuolen mit meist granulirten Körnchen enthalten.

Diagnose: Cystoma ovarii sinistri carcinomatosum, carcinoma peritonei et ovarii dextri.

Verlauf: Anfangs geringe Blähungsbeschwerden, dann normaler Stuhl, Wohlbefinden. Heilung der Bauchwunde per primam, kein Ascites nachweisbar, Temperatur normal. Entlassen 27. VII. 90.

17. IX. 90. Wird rapider Kräfteverfall und drohender exitus letalis gemeldet, der dann auch Ende Oktober 1890 eintritt. Grosser Ascites und Thrombose der rechten vena cruralis.

19. Fall.

Journ.-No. 13220. Emilie L., 47jähriges Fräulein.

Anamnese: Vor 2 Jahren Auftreten von Schmerzen im Abdomen, die sich jetzt zuweilen täglich mehrmals einstellen und minutenlang dauern. Im Frühjahr 80 zuerst ein Tumor bemerkt, der langsam wächst.

Status praesens: Schlecht genährte Person; in der rechten Bauchseite ein vom Rippenbogen bis zum Beckeneingang herabziehender Tumor, der nicht fluktuirt, die Mittellinie nicht überragt. Er ist wenig beweglich. Uterus reklinirt unter der Geschwulst, deren untere Fläche per vaginam zu erreichen ist.

12. VII. 90. Laparotomie: Schnitt durch den rechten m. rectus; Tumor von verschiebbarem Peritoneum bedeckt. Das colon ascendens liegt am linken seitlichen Umfang der Geschwulst, das coecum frei unterhalb derselben. Die Geschwulst wird unter Abstreifung des bedeckenden Peritoneums nach aussen entwickelt und abgesetzt, nachdem grössere Gefässe, die in dem Stiel verliefen, mit diesem ligirt waren.

Der Tumor 16 : 18 cm gross, ist breit bohnenförmig; der concave Theil sah nach innen hinten. Die convexe vordere Oberfläche ist gleichmässig blassgelblichrosa, mit flachen Buckeln und Furchen zwischen diesen. Auf dem Durchschnitt erscheint die Geschwulst solide, von faserigem Bau, man sieht eine grössere Anzahl rundlicher Bezirke mit concentrischer und verflachter Anordnung der Faserzüge, zwischen welchen wieder im Bogen mehr parallelfaserige Züge verlaufen; es ist das Bild des Durchschnittes eines weichen Myoms, die Substanz aber viel weicher und brüchiger. Mikroskopisch besteht das Gewebe aus dicht aneinander liegenden theils kürzeren, theils längeren Spindelzellen.

An dem einen Geschwulstpol tritt der Stumpf einer beinahe bleistiftdicken Vene mit circulärer Fältelung der Intima in die Geschwulst hinein. Dieselbe erweitert sich, in der der vorderen Seite entsprechenden Hälfte der Geschwulst gelegen, bald zu einem spindelförmigen Raum von mehreren cm Breite und 8 cm Länge, gegen welchen von allen Seiten meist flachkonische, zum Theil auch längere, zapfenförmige Fortsetzungen der Geschwulst vortreten, die noch von der inneren Auskleidung des Gefässraumes bedeckt sind. Im weiteren Verlauf verjüngt sich das Gefäss wieder cylindrisch zu 1 cm Querdurchmesser und löst sich am gegenüberliegenden Pol der Geschwulst in eine Anzahl dünner, in die Geschwulst sich verlierender Aeste auf. Ein austretendes Gefäss ist nicht aufzufinden. Man sieht an der Innenfläche des

Gefässes eine deutliche Venenklappe und im ganzen Verlauf kleinere Seitenäste. Die Adventitia des zuführenden Gefässstumpfes geht unmittelbar in die dünne Geschwulstkapsel über.

Diagnose: Fibrosarcoma retroperitoneale (Angiosarcoma venae spermaticae dextrae).

Verlauf: In den ersten Tagen nach der Operation Erbrechen und Blähungsbeschwerden. Nach zehn Tagen Verbandwechsel. Heilung per primam. 1. VIII. 90 Entlassung mit Binde.

Vom 11. IX. die Meldung völligen Wohlbefindens. Da Patientin verzogen ist, ist leider über den weiteren Verlauf nichts zu eruiren.

20. Fall.

Journ.-No. 13389. Frau F., 60jährige Altentheilersfrau.

Anamnese: 3 Geburten, letzte vor 23 Jahren. Seit Sommer 90 öfter mehrtägige Schmerzen im Abdomen. Vor 4 Tagen Schüttelfrost und Erbrechen. Harnsekretion sehr vermindert, dagegen zunehmende Schwellung des Leibes. Abmagerung, Schwäche.

Status praesens: Sehr starker Panniculus, jedoch nur an den Bauchdecken, sonst kaum mittlerer Ernährungszustand. Grösster Umfang des Abdomens 118 cm. Dämpfung bis 4 cm unterhalb des Nabels auf einem nach oben concaven Bogen bis zum Rippenknorpel der achten Rippe. Per vaginam fühlt man im Verlauf der Douglas'schen Falte einige erbsengrosse Knoten.

30. X. 90. Laparotomie: 10 cm lange Incision, Abfluss von circa 5 Liter Ascites, braunroth, etwas trübe. Auf der vorderen Uteruswand ein hirsekorngrosses Knötchen, sonst Darm und Parietalserosa überall glatt. Vom rechten lig. lat. geht ein gestielter, unregelmässig gestalteter, cystischer, schlaffer, durch Adhäsionen mit der Umgebung verklebter Tumor aus. Beim Emporziehen desselben entleert sich die faustgrosse, schlaffe Cyste; sie wird abgesetzt. Rechts neben der Basis des lig. lat. am Uterus sitzt ein beinahe wallnussgrosser, derber Knoten unter der hinteren Lamelle des lig. lat. Der Ascites, der beim Kochen fast ganz coagulirt, enthält zahlreiche Blutkörperchen und grosse epitheloide Zellen.

Am peripheren Theil des Stumpfstieles sitzt das kleine, nicht veränderte Ovarium. Die Tube ist im centralen Theile nicht verdickt. In dem peripheren Theil ihres Lumens finden sich zwei erbsengrosse Stücke des markigen, weiter aussen sitzenden Tumors frei liegend. Die Tube mündet offen in die faustgrosse Cyste, deren Wand zunächst der Tubenmündung an einer fünfmarkstückgrossen Stelle 1—2 cm dick ist und aus markigem, grauröthlichem und gelbem Gewebe besteht. Weiter nach aussen ist die Cystenwand dünner. Die Innenfläche der Cyste ist gerunzelt und flach buckelig. Mikroskopisch zeigen Schnitte durch den markigen Theil der Cystenwand Carcinomstruktur.

Diagnose: Carinoma tubae Fallopiae hydropicae et peritonei. (?

Verlauf: Nach Oel regelmässiger Stuhlgang, beim Verbandwechsel (12. XI. Heilung p. p. i. 22. XI. wird Ascites im Abdomen, bis zur Mamillarlinie reichend, constatirt. Temperaturen in den ersten Tagen nach der Operation bis 38,4, dann nie über 37 bis zur Entlassung 21. XI. 90.

Laut Bericht des Arztes vom 27. I. 91 ist Patientin am 29. XI. 90 mit Schüttelfrost erkrankt, zeitweilige Temperaturerhöhung bis 41°.

Im Abdomen deutlich freie Flüssigkeit fühlbar, leichter Icterus, etwas Husten. 5. XII. 90 leichte Dämpfung des linken Unterlappens mit Bronchialathmen, bedeutendes Oedem des rechten Beines, welches am 25. XII. wieder verschwunden ist. Von jetzt ab immer häufigeres Auftreten von Erbrechen, mit schliesslich kothartigem Geruch, Stuhlgang sistirt schliesslich ganz.

6. I. 91 exitus letalis.

21. Fall.

Journ.-No. 13399. Frau Minna K., 49 Jahre.

Anamnese: Eine normale Geburt vor 18 Jahren. Seit September Ziehen und Schmerz im Leibe beim Gehen, Mattigkeit, Abmagerung.

Status praesens: Starke Anämie, gleichmässige Auftreibung des Abdomens, dessen grösster Umfang 90 cm beträgt. Ein cystischer Tumor reicht bis drei Finger breit über den Nabel, rechts bis in die Mamillarlinie, links über diese hinaus. Die linke Hälfte des Tumors ist von glatter Oberfläche, prall-elastisch, mit deutlicher Fluktuation. In der rechten Hälfte sind Härten und ziemlich grosse Knollen zu fühlen, die nicht über die Geschwulstoberfläche hervorragen.

5. XI. 90 Ovariotomie: Die Geschwulst wird punktirt, nachdem sie in die 18 cm lange Bauchwunde getreten ist und entleert dunkelbierbraunen, flüssigen Inhalt. Die sehr brüchige Cystenwand reisst mehrfach ein, namentlich als der Tumor durch Druck von der Scheide aus aus dem Becken herausgehoben wird, in welches er fest eingeklemmt ist. Er reisst hierbei vom lig. lat. ab; starke Blutung aus der Tiefe. Keine Metastasen wahrzunehmen.

Der Tumor ist eine dickwandige Cyste, deren Wände aus markigem, leicht zerreisslichem Gewebe besteht, an deren Innenfläche ei- bis faustgrosse markige, weiche Knollen sitzen. Auf den Schnitten durch dieselben zeigt sich mikroskopisch alveolärer Bau; die Alveolen sind meistens von einem dünnen Bindegewebsring umschlossen und in diesem liegen dicht zusammen Haufen von grossen, epitheloiden Zellen, solche auch einzeln oder zu wenigen frei in den Spalträumen des Bindegewebsstroma.

Diagnose: Cystoma ovarii sinistri carcinomatosum. (Endothelioma).

Verlauf: Heilung der Bauchwunde p. p. i. Kein Wiederansammeln von Ascites bemerkbar, fortdauerndes Wohlbefinden; Temperaturen vom 2. Tage nach der Operation nicht über 37°.

Entlassung 29. XI. 90.

27. II. 92 Bericht des Herrn Dr. Suadicani aus Schleswig. Seit Anfang Januar hat Patientin Husten. In der rechten Lunge vereinzelte leise Rasselgeräusche, Leber vergrössert. Seit dem 20. I. 91 Besserung. Im August 1891 wieder rechts im Leibe eine ins Becken hineinragende, etwa kindskopfgrosse, eiförmige, schwach fluktuirende Geschwulst constatirt. Die hochgradige Schwäche der Patientin nahm mit dem Wachsthum der Geschwulst immer mehr zu, bis schliesslich am 15. Februar 1892 der Tod unter den Erscheinungen hochgradigster Erschöpfung eintrat.

22. Fall.

Journ.-No. 13548. Elise G., 20jährige Näherin.

Anamnese: Eine Geburt, normales Wochenbett. Seit dem Sommer 90 Zu-

nahme des Leibesumfanges, Schwäche und Abmagerung, harter, stetig wachsender Tumor bemerkt, kein Fieber oder Schmerzen. Vor 14 Tagen Punktion, seitdem wieder rasche Zunahme des Ascites.

Status praesens: Zart gebaute, schlecht genährte Patientin. Rechts hinten von der 8. Rippe und links hinten von der 5. Rippe nach abwärts Dämpfung; im Bereiche derselben abgeschwächtes Vesikulärathmen. Abdomen stark ausgedehnt, grösster Umfang 95 cm. In der rechten unteren Seite des Abdomens, in der Tiefe frei ballotirend, ein über mannskopfgrosser, derber, runder Tumor mit etwas höckeriger Oberfläche.

7. II. 91. Laparotomie: 15 cm lange Incision, Abfluss von klarem gelblichem Ascites. Peritoneum überall glatt. Der Tumor geht aus vom rechten lig. lat.; der 10 cm breite Stiel wird unterbunden und abgesetzt. Auf der Wirbelsäule sitzen über verschieblichem Peritoneum fast faustgrosse, höckerige Tumoren, Metastasen in Drüsen. Schluss der Bauchwunde.

Der entfernte Tumor, ungefähr nierenförmig, ist 20 : 15 : 9 cm gross, von fast weicher Consistenz. Auf seiner Oberfläche sehr zahlreiche, linsen- bis gänseeigrosse Knoten. In der über den Tumor hinüberlaufenden Tube sind am peripheren Ende zwei taubeneigrosse metastatische Knoten; auch in der Ampulle lassen sich kleine Knoten erkennen. Auf dem Durchschnitt ist der Tumor markig graugelb mit zahlreichen thrombosirten Gefässen. In dem abgestreiften Saft sieht man epitheloide Zellen. Das Gewebe hat alveolären Bau; ziemlich breite Bindegewebsstreifen umgeben grosskernige Zellen, die regellos neben einander liegen, zum Theil Uebergänge zu kurzen Spindeln zeigen und stellenweise auch in das umgebende Bindegewebe eindringen. An einzelnen Stellen zeigt der Zelleninhalt der Alveolen Nekrose; das Stroma vielfach von Eiterkörperchen durchsetzt.

Diagnose: Sarcoma alveolare ovarii dextri (vereiternd). (Diagnose des pathologischen Instituts).

Verlauf: Es findet sich bei der Untersuchung der Lungen, am zweiten Tage nach der Operation Dämpfung hinten bis zur Spitze der Scapula, über beiden Lungenoberlappen. Ueber der ganzen Lunge grossblasiges Rasseln, Schleimigeitriger Auswurf, Temperaturen bis 40,2°. 11. II. ist das Sputum rostfarbig, zähschleimig; der Leib ist weich, wenig empfindlich. Das Allgemeinbefinden bessert sich und die lokalen Symptome verschwinden allmählich, die Temperatur bleibt jedoch dauernd hoch, über oder bis 39°. Am 18. II. stellen sich pleuritische Schmerzen ein, die, nachdem sie verschwunden waren, ab und zu wiederkehren. Es lässt sich deutlich ein pleuritisches Exsudat linkerseits nachweisen, rechts dagegen nicht. Am 3. III. wird in der linken Axillarlinie punktirt und 800 gr leicht getrübten, gelblichen Exsudates entleert, in dem keine Sarcomzellen nachzuweisen sind. Hinten reicht die Dämpfung bis zur 6. Rippe hinauf, vorn bis zur 4. Rippe. Geringes Oedem des linken Unterschenkels, Mattigkeit. Am 7. III. bei subjektivem Wohlbefinden Entlassung.

23. Fall.

Journ.-No. 13661. Auguste K., 52jährige Ehefrau.

Anamnese: In den letzten Jahren Auftreten von Menorrhagien, seit Oktober 1890 — 8 bis 14 tägige Blutungen in 2 bis 3 wöchentlichen Intervallen. Kräfteverfall, in den letzten Wochen Zunahme des Leibesumfangs.

Status praesens: Starke Anämie, schlechte Ernährung, Abdomen gleichmässig ausgedehnt durch einen cystischen Tumor. Grösster Umfang 85 cm. Fluktuationswelle deutlich durchgehend, Dämpfung bis zwei Finger breit über dem Nabel. Ein faustgrosser derber Tumor ist beweglich über der Symphyse. Im hinteren Scheidengewölbe fühlt man einen deutlich cystischen Tumor; auch hier ist die Fluktuationswelle zu fühlen. In der linken Hälfte der Geschwulst härtere Partien.

18. IV. 91. Ovario-Salpingo-Myomotomia. Nach Incision der linea alba bis zum Nabel entleert sich geringe Menge Ascites. Der Uterus liegt gut faustgross vor. Hinter ihm die grosse Cyste fast an der ganzen Oberfläche mit Peritoneum und Netz verklebt. Die beiden lig. lat. schlagen sich von der Uteruskante nach beiden Seiten nach hinten auf den Tumor über. Der Tumor wird nach Umstechung des Stieles eröffnet und entleert zum Theil klare gelbe, zum Theil schmierig trübe Flüssigkeit. Die Adhäsionen werden gelöst, auch eine mit dem proc. vermiformis, der Tumor entwickelt. Das rechte Ovarium ist knollig, kleincystisch degenerirt, apfelgross. Die Tube, kleinfingerdick, wurstförmig sich verbreiternd, sodass das abdominale Ende apfelgross ist, adhärirt fest in der Tiefe des Beckens. Bei ihrer Abtrennung ergiesst sich wenig von ihrem trüben, eitrigen Inhalt in die Bauchhöhle. Der Uterus wird ebenfalls entfernt, der Stumpf in die Bauchwunde eingenäht. Die Cyste, das linke Ovarium repräsentirend, ist ein Cystoma multiloculare mit glatter Oberfläche und an einzelnen Stellen centimeterdicken, aus markigem Gewebe bestehenden Wandungen. Die Tube zeigt in der Ampulle einen kleinapfelgrossen Tumor, angefüllt mit theils trübeitrigem, zum grössten Theil aber markigem, leicht zerdrückbaren Gewebe. Das rechte Ovarium stellt einen derben Tumor dar, mit kirsch- bis wallnussgrossen Cysten. In der Uteruswand ein submuköser Myomknoten.

Diagnose: Cystoma ovarii carcinomatosum, Carcinoma Tubae Fallopiae. Myoma uteri subserosum.

Verlauf: Anfangs gutes Befinden, am zweiten Tage nach der Operation Erbrechen; keine Leibschmerzen, reichliche Flatus. Der anfängliche Harndrang lässt bald nach, jedoch wegen des fortdauernden Erbrechens muss 23. IV. ein Nährklystir gegeben werden. Es tritt dann heftiger Durchfall ein, der mit Opium bekämpft wird. Der Leib wird meteoristisch aufgetrieben, leichte Delirien. 22. IV. wird der Cervixstumpf in der Höhe der Ligaturen abgeschnitten; die Wundhöhle ist wallnussgross, die Naht gut verheilt. Der Durchfall dauert fort. 3. V. Guter Schlaf, Nachmittags Auftreten von Kribbeln und Stechen im linken Beine, 3 Uhr Morgens plötzlicher exitus letalis. Die Temperaturen, die Anfangs bis 39° und darüber stiegen, sind in den letzten Tagen auf 38° gefallen.

Sectionsbefund: Embolie der Pulmonalarterie, Thrombose der linken Hypogastrica und der abgehenden Aeste, Verwachsung von Darmschlingen im kleinen Becken. Grosser retroperitonealer, mit der Vagina communicirender Abscess, leichte Trübung der Serosa der im kleinen Becken gelegenen Darmschlingen, sekundärer Krebsknoten der Lunge. Operationsdefekt des Uterus und der Ovarien, Operationswunde in der linea alba.

24. Fall.

Journ.-No. 13674. Frau Sch., 36jährige Arbeitersfrau.

Anamnese: Seit 11 Jahren steril verheirathet, von 87—90 keine Menses, in

letzter Zeit zuweilen mehrwöchentliche Blutungen in 2—3 wöchentlichen Intervallen. — Kräfteverfall.

Status praesens: Starke Anämie, mässige Ernährung. In der regio suprapubica etwas Dämpfung und darüber in der Tiefe ein Tumor zu fühlen. Im vorderen Scheidengewölbe ist undeutlich ein handgrosser Tumor fühlbar.

5. V. 91. Ovariotomie: 11 cm langer Schnitt durch den rechten rectus.

Der vorliegende Tumor ist schwappend, dunkelblauroth; er wird gefasst, wobei er einreisst und graurothe, markige Massen austreten lässt. Der vom lig. lat. ausgehende Tumor wird nach aussen entwickelt und abgetragen. Das lig. lat. scheint nach aussen hin verdickt, anscheinend nur durch den strotzend gefüllten Venenplexus.

Die Geschwulst hat eine dünne, bindegewebige, nach aussen glatte Wand, deren Innenfläche überall mit einer mehrere cm dicken, körnigen, grauröthlichen, sehr weichen Wucherung ausgekleidet ist.

Mikroskopisch besteht die Geschwulst aus Zellmassen von theils runder, theils kurzer, gedrungener Spindelform. In der Tiefe befinden sie sich in Hohlräumen des Cystenwandbindegewebes. (Diagnose des pathologischen Institutes: Cysto-sarcom).

Diagnose: Cysto-sarcoma ovarii sinistri. Myomata uteri subsercosa.

Verlauf: Dauernd gut, ohne Temperatursteigerung; am 10. Tage Entfernung des Verbandes, gute Heilung, nur in der Mitte der Wunde etwas Infiltration.

Bei der Entlassung (22. V.) ist nichts anormales zu fühlen ausser einem von der linken Uteruskante ausgehenden bis fast zur Beckenwand reichenden daumenförmigen Strang, der links unter der Narbe adhärirt (Tumorstiel).

18. VIII. 91. Wiedervorstellung: Seit der Entlassung Wohlbefinden, Menses regelmässig. Von dem Tumorstiel nichts mehr zu fühlen.

25. Fall.

Journ.-No. 13766. Marie C., 21jähriges Dienstmädchen.

Anamnese: Keine Geburten. Seit 6 Wochen länger dauernde, nach 8—14-tägigen Intervallen wiederkehrende Blutungen, in der rechten Unterbauchseite stechende Schmerzen, Kräfteverfall.

Status praesens: Gesundes Aussehen. Das Abdomen leicht vorgewölbt im unteren Theile durch einen rundlichen, deutlich cystischen Tumor, der zu $^2/_3$ in der linken Bauchseite liegt und bis zum Nabel reicht. An seiner rechten Seite liegt eine hühnereigrosse, stark druckempfindliche, härtere, festere Vorwölbung. Per vaginam fühlt man den Tumor mit einem flachen Segment in den Beckeneingang hineinragen, auch im Douglas fühlt man einen Theil desselben.

27. VI. 91. Laparotomie: Das Becken ist überdacht von breiten dunkelbraunen Pseudomenbranen, an welche von oben her das Netz breit angewachsen ist. Dasselbe ist stark geröthet, im Uebrigen aber, ebenso wie das peritoneum, ohne Veränderungen. Das Netz wird abgebunden, die Pseudomembranen durchtrennt; das Becken findet sich mit derben, braunen Massen ausgefüllt, die stückweise stumpf ausgelöst werden. Oben sind sie begrenzt durch das Mesocolon und die flexura sigmoidea, deren medianem Blatt sie fest anhaften. Die rechte Tube ist stark verdickt und breit mit den genannten Massen verbunden. Auch an die hintere Fläche des linken

lig. lat. und des Uterus setzt sich nach oben eine graugelbliche, von Gefässen durchzogene Bindegewebskapsel breit an, die die alten im Becken gelegenen Gerinnungsmassen von oben her zum Theil überdeckt. Diese Massen werden nach Möglichkeit entfernt und auch der obere Theil des lig. lat. mit den Tuben fortgenommen. Es wird stumpf eine Kornzange in die Vagina hineingestossen, und von ihr aus der Beckenraum mit Jodoformgaze ausgestopft, sodass dieser Raum nach vorn durch die zusammengeführten lig. lata und einige an anderen Stellen gelegte Catgutnähte von der übrigen Bauchhöhle dicht abgeschlossen ist.

Die bei der Operation entfernten Massen bestehen fast nur aus altem, sehr derbem Blut- und Fibringerinsel mit anhängenden Theilen einer Bindegewebskapsel. Mitten in der Masse findet sich ein festeres Fasergewebsstück und demselben ansitzend ein kirschgrosser, halbkugeliger Körper, bedeckt von einer schmierigen Masse, welche Haare enthält. Nach Entfernung derselben zeigt sich der Körper leicht warzig mit kurzen Haaren besetzt. Die rechte Tube erscheint sowohl in der muscularis wie in der mucosa stark verdickt, ihr lumen nicht erweitert, die Schleimhaut blasig gequollen.

Diagnose: Sarcoma ovarii, pulmonum, hepatis (Diagnose des pathologischen Instituts.)

Verlauf: Zunächst nach Operation Wohlbefinden, Temperaturen 38° und darüber. 5. VII. Verbandwechsel. Herausziehen der in der Beckenhöhle befindlichen, festhaftenden Gaze, vorsichtige Spülung; Leibschmerzen, geringer seröser Ausfluss. 10° T. Schwellung des linken Oberschenkels. Leib etwas meteoristisch. 14. V. gedämpfter Schall in der rechten Unterbauchgegend, hier eine druckempfindliche Resistenz. Nach Entfernung der Gaze aus der Beckenhöhle ein Esslöffel voll Eiter. Temperaturen Abends 38,8. Eisbeutel auf die Stelle des Exsudates. In den nächsten Tagen wird dasselbe kleiner, reicht am 22. VII. nicht mehr bis zur Nabelhöhle. Aus der Beckenhöhle fortgesetzt Entleerung von eitrig blutigem Sekret. 30. VII. Blutung aus der Wundhöhle, Ohnmachten. Ausstopfen der Höhle, darnach die angeführte Resistenz wieder grösser geworden. Die Blutung wiederholt sich noch einige Male, bis 4. VIII. der Ausfluss rein serös, später stark riechend wird. Diesen jauchigen Charakter behält der Ausfluss bei, die Temperaturen sind dauernd hoch (38,8). Die Entkräftung ist eine sehr hochgradige, Ohnmachtsanwandlungen. 22. VIII. bekommt Patientin eine Keratitis, Atropin. 22. VIII. erfolgt nochmals beim Herausnehmen der Gaze aus der Wundhöhle eine Blutung und 23. VIII. der exitus.

Sektionsbefund: Grosse Jauchehöhlen im Becken mit melanotischen Sarcommassen in der Wand und in die Uteruswand eindringend. Ausgedehnte Sarcomatose der Leber, zahlreiche Sarcomknötchen der Lunge, Sarcom einer Bronchialdrüse, Residuen von Pleuritis, Lungenemphysem und Oedem, mässige hämorrhagische Pachymeningitis, starke Anämie des Gehirns. Doppelseitige Hydronephrose, Anämie und Trübung der Nieren. Ektasie des Magens und oberen Dünndarmabschnittes.

26. Fall.

Journ.-No. 13799. Marie K., 46jährige Arbeitersfrau.

Anamnese: 6 normale Geburten. Vor 14 Tagen Aufgetriebensein des Leibes bemerkt, die seitdem nicht zugenommen hat. Seit 22 Jahren Uterusprolaps, durch Pessar gut zurückgehalten.

Status praesens: Schwachgebaute, mittelgut genährte Patientin. Grösster

Bauchumfang 89 cm. Deutlicher Ascites. Vorfall der vagina. In der linken Unterbauchseite ein doppelfaustgrosser, ballotirender Tumor fühlbar.

17. VII. 91. Laparotomie: Entleerung von reichlichem, rothbraunem, klarem Ascites. Es liegt ein cystischer Tumor vor ausgehend vom linken Uterushorn. Er ist im hinteren Beckenraum überall mit der parietalen und visceralen Serosa fest verwachsen durch bröckliches, markiges Gewebe, welches möglichst nahe am Tumor stumpf durchtrennt wird. Ein Theil dieses Gewebes bleibt am Peritoneum zurück.

Der doppelfaustgrosse Tumor lässt an dem einen Ende noch die Struktur des Ovariums erkennen. Er ist im äusseren Theil kleincystisch mit einer gänseeigrossen Cyste, die mit blutiger Flüssigkeit gefüllt ist; ihrer Wand sitzt markiges, loses Gewebe auf. An einzelnen Stellen findet man wallnussgrosse, weiche Carcinomknoten. Die andere Hälfte des Tumors besteht aus derbem, markigem Gewebe. Der Schleimhaut der Tube, die grösstentheils normal ist, sitzen an vielen Stellen bis linsengrosse Carcinommetastasen auf. Das abdominale Ende der Tube verliert sich in dem markigen Tumor.

Mikroskopisch besteht der Tumor nur aus grossen epitheloiden Zellen mit grossen Kernen; auch viele freie Kerne sind vorhanden. Diagnose des pathologischen Instituts: Mischgeschwulst des Ovariums, ein Abstreifpräparat zeigt viele freie Kerne und Spindelzellen; auf Schnitten durch knotig verdickte Stellen deutlicher Krebsbau.

Diagnose: Tumor malignus ovarii sinistrii.

Verlauf: Etwas Meteorismus, geringe Schmerzen, einigemale Katheterismus nöthig. Heilung der Bauchwunde p. p. i. Vor der Entlassung wird links und hinten vom Uterus, der hinteren Beckenwand fest aufsitzend, ein gänseeigrosser, derber, nicht empfindlicher Tumor constatirt. Kein Ascites nachweisbar. Entlassung 4. VIII. 91.

Am 8. III. 92 habe ich die Kranke aufgesucht. Sie sieht gesund aus und ist im Stande, ihre Arbeit, die zuweilen recht schwer ist, gut zu thun. Nachdem nach der Operation die Menses gänzlich aufgehört hatten, sind dieselben am 7. III. 92 wiedergekehrt und zwar recht reichlich. Patientin schiebt dies darauf, dass sie, als sie vor 14 Tagen lebhafte Schmerzen in der linken Bauchseite spürte, vom Arzt gegen dieselben warme Umschläge verordnet erhielt, diese mehrere Tage lang beibehielt; augenblicklich ist der Schmerz gänzlich verschwunden. Aeusserlich lassen sich keine Tumormassen im Abdomen nachweisen. Innerlich wurde nicht untersucht, da Patientin gerade menstruirt war.

28. Fall.

Journ.-No. 13919. Marie v. Sch., 53 jährige Wirthsfrau.

Anamnese: 5 Geburten, die letzte vor 20 Jahren. Vom 40.—46. Jahre bei Wohlbefinden Amenorrhöe, dann Auftreten von unregelmässigen Blutungen, die meist 8 Tage anhielten. In den letzten 2 Jahren eine Härte im Leibe bemerkt, die wuchs, September 89 bis in Nabelhöhe reichend.

Status praesens: Kräftig gebaute, etwas kachektisch aussehende Person. Abdomen aufgetrieben durch einen deutlich derben Tumor, grösster Umfang 101 cm. Der Tumor reicht rechts bis zum Rippenbogen; es lassen sich an ihm deutlich mehrere kindskopfgrosse, durch tiefe Furchen von dem Haupttumor getrennte Theile erkennen. Per vaginam fühlt man im linken Beckenraum mehrere kleine faustgrosse Knollen, die sich zusammen mit der Portio und dem über dem Becken gelegenen Haupttheil der Geschwulst sehr ausgiebig bewegen.

8. IX. 91. Laparotomie. Nach Incision Entleerung von mässig vielem, klarem, hellgrünem Ascites; breite Adhäsion des Netzes mit dem oberen Umfang der Geschwulst wird abgebunden, die Geschwulst entwickelt. Vor derselben und nach oben von ihr überlagert zeigt sich der fast kindskopfgrosse Uterus, der sehr weich, eine glatte, hell-rosafarbene Oberfläche hat. Der untere, im Becken steckende Geschwulsttheil ist an der hinteren Fläche des rechten lig. lat. und am Boden des Douglas'schen Raumes flächenhaft adhärent; der Tumor ist breit inserirt am rechten lig. lat. Er wird abgetragen. Die linken Uterusadnexa sind normal. Der Uterus wird eröffnet; seine Wand ist gleichmässig verdickt, aus seiner Höhle entleeren sich markige Massen. Der Uteruskörper wird abgetragen, der Stumpf in die Bauchwunde eingenäht.

Die 450 gr schwere Geschwulst zeigt eine grosse Zahl von schlaffen, stärker hervortretenden Hervorwölbungen, letztere zum Theil deutlich cystisch mit durchscheinender Wand. Zum grossen Theil besteht er aus derben, gelblich durch den dünnen Bindegewebsüberzug durchscheinenden Massen, die auf dem Durchschnitt in regelmässig grau und gelber Zeichnung in gekreuzter Schraffirung erscheinen. Ein Theil der peripheren Knoten besteht aus einem halbgallertigem, von weisslichen, fibrösen Zügen durchsetztem Gewebe, zum Theil mit eingesprengten, gelbgrauen Partien von der oben beschriebenen Beschaffenheit. Im Centrum der Geschwulst findet sich eine Anzahl bis kleinapfelgrosser Hohlräume mit glatter Oberfläche. Gefrierschnitte durch die gelblich grau schraffirten Partien des Ovarialtumors zeigen ein dichtes Gefüge von kurzen, spindelförmigen Zellen, zum Theil mit sehr grossem Kern. Auch die Uterusgeschwulst zeigt Sarkomstruktur.

Diagnose: Sarcoma ovarii dextri; sarcoma uteri.

Verlauf: Mässige Blähungs- und Urinbeschwerden. Heilung der Bauchwunde p. p. i. Es mussten im Verlauf wegen Cystitis Blasenspülungen gemacht werden; die Temperaturen sind stets normal gewesen.

Entlassung 9. X. 91.

Wiedervorstellung 10. XI. 91. Der Cervixstumpf ist etwa 3 cm lang, rechts schliesst sich an ihn ein derber, runder, bleistiftdicker Strang, der sich nach hinten bis nahe an die Beckenwand verfolgen lässt. Links ist eine ganz flache Resistenz über dem hintern Scheidengewölbe sichtbar.

Brief vom 7. I. 92. meldet gutes Befinden.

28. Fall.

Journ.-No. 14052. Caroline P., 47jährige Briefträgersfrau.

Anamnese: Vier normale Geburten. Menses seit 3 Jahren unregelmässig, seit August 90 cessirend, bis Ende September 91, wo sie 8 Tage lang ziemlich stark auftraten. Einen Tumor hat Patientin seit einigen Monaten bemerkt; derselbe verursachte nie Beschwerden und wurde gleichsam nur zufällig entdeckt, als Patientin wegen eines ulcus varitosum am Beine das Bett hüten musste.

Status praesens: Abdomen mässig aufgetrieben durch freien Ascites; sehr atrophische Bauchdecken. Grösster Bauchumfang 74,5 cm. Von der Symphyse nicht ganz bis zum Nabel reichend ein mit kleinen Höckern besetzter unbeweglicher Tumor. Uterus klein, antevertirt, der Tumor rechts neben ihm, nicht mit ihm in deutlicher Verbindung stehend.

12. XII. 91 Laparotomie: 14 cm langer Schnitt in der Mittellinie; der Tumor liegt mit seiner höckerigen Oberfläche unter dem Netz, und wird, nachdem dies zurück geschoben, leicht herausgewälzt. Der Tumor repräsentirt das rechte Ovarium und ist frei von allen Adhäsionen. Der Stiel wird unterbunden, der Tumor abgetragen. Das linke Ovarium ist normal, das Bauchfell, soweit sichtbar, ebenfalls. Bauchnaht.

Der Tumor hat eine sehr feste Consistenz, gelblich weisse Farbe, auf der Vorderseite zahlreiche bis wallnussgrosse Höcker. Auf der Hinterseite ist er glatt. Sein Gewicht beträgt 640 Gramm.

Mikroskopisch sieht man theils Spindelzellen, theils unregelmässig begrenzte Zellen mit schmalem Protoplasmasaum und rundlichem Kern in Heerden angehäuft, welche von breiten Zügen ausgesprochen spindelförmiger Elemente umgrenzt sind.

Diagnose: Sarcoma ovarii dextri.

Verlauf: In den ersten Tagen nach der Operation Erbrechen; Blähungsbeschwerden, Abdomen nicht druckempfindlich, spontane Urinentleerung. 16. XII. dringt unter dem Verbande etwas blutige seröse Flüssigkeit hervor; Patientin klagt am nächsten Tage über Schmerzen im oberen Theil der Wunde, jedoch ist dieselbe ohne jede entzündliche Neigung. Es werden einige Nähte entfernt. 23. XII. Auch die übrigen Nähte entfernt, Heilung p. p. i. Wohlbefinden. 1. I. 92. Steht Patientin auf, ausser grossem Schwächegefühl befindet sie sich durchaus wohl. 5. I. 92. Entlassung.

29. Fall.

1892. Journ.-No. 10121. Dora S., 30jährige Beamtentochter.

Anamnese: Als Kind gesund, menses stets regelmässig, ziemlich schwach. Im Sommer 91 bemerkte Patientin zufällig eine Geschwulst im Abdomen, nachdem seit längerer Zeit retardirter Stuhlgang bestand. Am 14. Januar 92 wollte Patientin nachts zu Stuhl gehen, konnte aber wegen heftigen Schmerzes keinen Stuhl lassen. Seitdem sind die Schmerzen geblieben und Patientin musste dauernd das Bett hüten; beim ruhigen Liegen im Bette fehlen die Schmerzen vollständig.

Status praesens: Nicht ganz mittlerer Ernährungszustand, mässige Anämie. Abdomen etwas aufgetrieben, in demselben ein mehr als kindskopfgrosser Tumor, der zwei Finger breit über den Nabel reicht. Er hat eine glatte Oberfläche, fluctuirt undeutlich und lässt sich leicht von links nach rechts verschieben. Nach dem Becken zu scheint nur eine stielförmige Verbindung zu bestehen. Sowohl am rechten wie am linken oberen Pol des Tumors besteht ein etwa 3-markstückgrosser Bezirk mit Druckempfindlichkeit; links ist dieselbe sehr erheblich.

Innerlich fühlt man die portio etwas links, das corpus uteri über dem hinteren Scheidengewölbe. Die Geschwulst steht anscheinend mit der rechten Uteruswand in Verbindung.

29. I. 92. Laparotomie: Incision im linken m. rectus. Das peritoneum parietale etwas verdickt, trübe, der vorliegende Tumor überall flächenhaft adhärent, dunkel blauroth. Vorn adhärirt das entzündlich verdickte und stark injicirte Netz. Nach stumpfer Lösung der Adhäsionen wird der Tumor nach Aussen entwickelt. Der Stiel ist mehrmals um seine Axe gedreht, das Torsionsstück vollständig weiss, das Gewebe hier trocken. Das rechte Ovarium enthält an seinem freien Rande einen

wallnussgrossen Geschwulstknoten und wird mit sammt der Tubenampulle gleichfalls entfernt. Verschluss der Bauchwunde.

Der linksseitige kindskopfgrosse Tumor besteht aus mehreren Segmenten, zwischen welche tiefe Buchten eindringen. Im Centrum befindet sich ein faustgrosser Hohlraum, von blutig imbibirten und macerirten Bindegewebsträngen durchsetzt, sonst aus einem auf der Schnittfläche homogenen, graurothen, etwas matschen Gewebe gebildet. Die Tubenampullen und die Fimbrien sind dunkelblauroth, stark geschwollen, ebenso das lig. infundibul. pelv. zu einem mehrere Centimeter dicken Wulst mit diffuser hämorrhagischer Infiltration des Zwischengewebes aufgetrieben.

Der Tumor des rechten Ovariums besitzt eine grau-gelbliche, schwach gefurchte Oberfläche. Die Schnittfläche ist leicht hellgrau-gelb, fast weiss. Mikroskopisch zeigt sich ziemlich reichliches Bindegewebe mit langen Spindelzellen, zwischen welchen sich einzelne begrenzte Hohlräume finden. In diesen letzteren liegen Anhäufungen von theils kurz spindligen, theils polygonal begrenzte Zellen mit grossem rundem Kern und schmalem Protoplasmasaum.

Diagnose: Sarcoma ovarii utriusque. Torsio pediculi ovarii sinistri.

Verlauf: Vom 4. Tage nach der Operation an etwas blutig seröser Ausfluss, Schmerzen nicht vorhanden. Blähungen gehen gut ab. Urin spontan entleert. Wunde heilt per primam. 9. II. 92 im Anschluss an ein Wasserklysma Schmerzen, die im Laufe der Nacht sich sehr steigern. Abdomen ein wenig mehr aufgetrieben, geringe Temperatursteigerung. Die Schmerzen verlieren sich bald, ebenso der Meteorismus. In Mitte der Bauchwunde hat sich ein kleiner Abscess gebildet, der eröffnet wird, und etwa 2 Esslöffel Eiter entleert. 22. II. Gute Granulation in der Tiefe, dauerndes Wohlbefinden.

30. Fall.

Journ.-No. 14143. Frau B., 29 jährige Arbeitersfrau.

Anamnese: Als Kind gesund; seit 6 Jahren verheirathet, eine Geburt vor 5 Jahren. Menses regelmässig.

Im Sommer 1891 zuerst Anschwellung des Leibes bemerkt, und zugleich Hervortreten eines rechtsseitigen Leistenbruchs, der durch ein Bruchband zurückgehalten wurde. Bei gleichmässig fortschreitender Schwellung des Abdomens traten nur in letzter Zeit zeitweilig mässige Schmerzen im linken Hypogastrium auf. Die Nahrungsaufnahme wurde beschränkt, weil nach der Mahlzeit leichte Spannung im Epigastrium sich fühlbar machte.

Status praesens: Etwas abgemagerte, anämische Person, Brustorgane normal. Grösster Umfang des Abdomens 84,5 cm. Im untern Theil ein Tumor mit welliger Oberfläche von derbem Gefüge, ziemlich beweglich, sich rechts bis zur Nabelhöhe, links drei Finger breit darüber erstreckend. In der linken Seite ist die Geschwulst etwas stärker gewölbt. Der obere Contur ist rechts gleichmässig convex, in der Mittellinie springt er stark nach unten ein und weiter nach links tritt ein klein faustgrosses Segment der Geschwulst zungenförmig nach oben hervor.

Beiderseitiger Leistenbruch, Bruchpforte rechts beinahe für zwei, links für einen Finger durchgängig.

Innerlich: Portio etwas nach links gerichtet. Der Tumor mit glatter unterer Fläche nach oben über dem Beckeneingang zu erreichen, legt sich von links hinten

ziemlich dicht an den Cervix an, welcher sich mit dem Tumor ausgiebig mitbewegt.

4. 2. 92. Ovariotomie; 14 cm langer Schnitt durch den linken rectus.

Der Tumor ist von lig. lat. bedeckt, über ihn hinüber verläuft transversal die ausgezogene Tube. Auch oben ist der Tumor grösstentheils von einer vaskularisirten Membran (Peritoneum oder Pseudomembran?) bedeckt; nur in ihrem obersten Umfang liegt die Geschwulst etwa handtellergross frei zu Tage. Sie erstreckt sich in den hinteren Beckenraum, fast überall verwachsen, ziemlich tief hinein, steht auch mit den Seitenwänden des Uterus in breiter Verbindung. Der Tumor wird soweit ausgelöst, dass man unterhalb das verdickte lig. lat. umstechen kann. Auf der Serosa des hinteren Beckenraumes finden sich kleine, weissgelbliche Knötchen. Das rechte Ovarium ist von Pseudomembranen umgeben, nicht vergrössert und anscheinend normal. Bauchnaht.

Der Tumor, reichlich mannskopfgross, besitzt eine mässig dicke, bindegewebige Kapsel, die im kleineren Theile blutig durchtränktes, im grösseren Theil markiges, homogenes, weissgelbliches, weiches Gewebe umschliesst; letzteres besteht aus polymorphen, vielfach kurzspindligen, stark verfetteten Zellen.

Die Tube befindet sich in der Länge von ca. 12 cm unverändert am Tumor. Dann erweitert sie sich, zugleich mehrere Windungen beschreibend, bis zur Dicke von 3—4 cm. Da wo die Erweiterung beginnt, ist die Tube in einem reichlich kirschgrossen weisslichen, metastatischen Geschwulstknoten aufgegangen. Das Abdominalende ist gleichfalls durch einen solchen Knoten abgeschlossen, die erweiterte Partie zum Theil durchscheinend und mit klarem Serum gefüllt.

Diagnose: Sarcoma ovarii sinistri. Metastasen der Tube mit Hydrosalpinx.

Verlauf: Heilung der Wunde p. p. i., vollständig reaktionslos. Geringer seröseitriger Ausfluss aus der Vagina. Bei der Entlassung 26. II. 92 vollständiges Wohlbefinden, weit besseres Aussehen, als bei der Aufnahme.

Der nun folgende Fall ist der Privatpraxis des Herrn Professor Werth entnommen. Ich gebe seine Beschreibung nach der Dissertation des Herrn Dr. Friedrich, früheren 2. Assistenten des pathologischen Instituts zu Kiel.

31. Fall.

Frau B., 42 Jahre alt.

Anamnese: Patientin hat nie concipirt; seit einer Reihe von Jahren litt sie an periodischem Asthma; seit einem Jahre hat sie Zunahme des Leibesumfanges bemerkt und auch öfter Schmerzen empfunden.

Status praesens: Mittlerer Ernährungszustand. Abdomen durch Ascites aufgetrieben, im Douglas beiderseits neben und hinter dem Uterus derbe, höckerige Schwellung fühlbar, die sich seitlich mit der Beckenwand breit verbindet, nach oben den Beckeneingang nur wenig überragt.

10. 9. 1885. Probeincision: 5½ Liter klaren Ascites werden entleert, der beim Stehen ein Sediment zeigt, das aus rothen Blutkörperchen, einzelnen Rundzellen, anderen mit grossen Vacuolen versehenen Zellen, ziemlich viel Körnchenzellen und -kugeln besteht. Die Darmserosa ist injicirt und mit flachen, derben, anscheinend entzündlichen Auflagerungen versehen. Am Netz mehrere erbsengrosse, weissliche Auflagerungen, die auf dem Durchschnitt knorpelartig fest, im Centrum verkalkt sind.

Rechts und links, der hinteren Fläche des lig. lat. dicht aufsitzend, knollige, zum Theil kleinpapilläre Massen. Rechts ein grösserer, fast pflaumengrosser, Körper mit glatter, dunkelgerötheter Oberfläche und netzartiger Zeichnung. Am Peritoneum der hinteren Beckenwand über dem Blasenscheitel eine sehnig verdickte, flach nach innen vorspringende Partie. Das Peritoneum ganz weiss. Schluss der Bauchwunde.

Verlauf: Reactionslose Heilung; vom 15. bis 26. October ist Patientin zu Hause gewesen und hat sich sehr erholt.

30. X. 85 Laparotomie: Das Netz ist an der Incisionsnarbe und dem vorderen seitlichen Umfang des Beckeneinganges adhärent, verdickt, dunkel injicirt, es wird mitten durchtrennt. Der rechte Geschwulstknoten (siehe oben) ist jetzt auf Faustgrösse gewachsen; er wird von markig-weissen, körnigen Massen gebildet, die umschlossen werden von einer dünnen, brüchigen, stellenweise von ihnen durchwachsenen Bindegewebskapsel. Die hintere Fläche des ligam. latum. ist ausser mit diesen Knoten mit höckriger grauröthlicher Neubildung besetzt, die sich rückwärts bis nahe an das Coecum ausdehnt. Am linken lig. lat. grob-papilläre, derbe höckrige Geschwulstmassen, an diesen einzelne appendices epiploicae adhärent. Nach Entfernung grösserer Geschwulstmassen wird die vordere Lamelle des rechten lig. latum. mit dem Peritoneum am hinteren Rande des Beckeneinganges zusammen gezogen, in zweiter Etage das Peritoneum über den Rest der Neubildung zusammengenäht. Links wird die Flexura sigmoidea resp. das rectum über der Geschwulst auf gesundes peritoneum aufgenäht, so dass der Geschwulstheerd beiderseits gegen die Bauchhöhle abgeschlossen ist.

Im Bindegewebe rechts und links an der Beckenwand taubeneigrosse Knollen. Im Sediment des dunkelbraunen Ascites ausser den Blutkörperchen nur Rundzellen. Die entfernten Geschwulstmassen zeigen makro- wie mikroskopisch alveolären Bau.

16. I. 86. Entlassung. Verhältnissmässiges Wohlbefinden bis August 86, dann wieder Zunahme des Abdomens und Schmerzen, angehaltene Harnentleerung und Stuhl, oft Erbrechen. Seit Mitte Januar Nabel und dessen nächste Umgebung geröthet, die Epidermis daselbst blasenförmig abgehoben. Hohes Fieber, zunehmender Verfall, Dyspnoe. 21. II. 1886 exitus.

Sectionsbefund: Proliferirendes Papillom der Ovarien mit massenhaften Sandkörnern. Secundäre Papillome und Cysten des ganzen Bauchfells. Secundäre Cysten mit papillären Wucherungen der linken Pleura; eine gleiche der linken Lunge. Secundäre Papillome der Aortenintima, Lungenemphysem, Schwellung der Bronchialdrüsen, deformirende Perihepatitis. Abcesse, Infarktnarben, Papillommetastasen der rechten Niere. Kleine subseröse Myome und Schleimpolypen des Uterus, Perforation von Blase und Mastdarm. Das an die Bauchnarbe angewachsene Peritoneum stark schieferig pigmentirt, in dem gleichfalls in ganzer Ausdehnung angewachsenen Netz dicht an der Bauchwand eine kleine hühnereigrosse Cyste, das ganze Bauchfell mit massenhaften, theils feinsten, theils gröberen, an der Unterfläche der Leber apfelgrossen, grauröthlichen Knoten besetzt, welche eine feinkörnige Oberfläche haben und zahlreiche weisse Körnchen enthalten. Daneben einige grössere und kleinere Cysten, theils mit lockeren Wucherungen, teils mit gelblicher, gallertartiger Flüssigkeit gefüllt. Das Becken vollkommen geschlossen durch eine höckrige, unebene, mit körnigen und höckerigen Geschwulstmassen besetzte Fläche, an welche einige Darmschlingen angelöthet sind. Auf der Unterfläche der Leber mehrere bis pflaumengrosse Geschwülste. Dünndarm an der Aussenseite besetzt mit zahlreichen Knoten. Im

Rectum quillt aus einer Oeffnung aus der Gegend des Douglas'schen Raumes eine jauchige Masse hervor. In der Tumormasse ist zum Theil noch Bindegewebe zu erkennen, an den meisten Stellen nur krümelige, weiche feinsandige Consistenz des Tumors.

Mikroskopisch haben wir eine Anhäufung niedrig cylindrischer Zellen mit grossem Kern, zwischen denen einige Stützfäden von Bindegewebe erkennbar sind. An anderen Stellen fehlt das Stützgewebe gänzlich, die Zellen liegen regellos in grösseren oder kleineren, von sehr schmalen Bindegewebszügen getrennten, alveolenartigen Räumen (Carcinomatöse Entartung).

Von diesen 31 Fällen sind 8 letal verlaufen im Anschluss an die Operation, also 25,9%.

Hierbei ist zu beachten, dass es meistens hochgradig heruntergekommene Individuen waren, bei denen die Operation gleichsam nur als ultima ratio versucht werden musste. Bei dem Fall 1 haben wir es mit einem sehr anämischen, im schlechtesten Ernährungszustand befindlichen Kind zu thun; es fanden sich bei der Operation keine nachweisbaren metastatischen Heerde. Ein solcher entwickelte sich aber sehr bald aus dem Becken heraus, ob aus Geschwulstkeimen, die bei der Operation in die Bauchhöhle gelangten, oder aus dem Geschwulststiele, muss unentschieden bleiben. Der Zerfall der ausgedehnten Metastase führte zu einer Perforation des Darmes und durch Erschöpfung zum Tode.

Bei dem Fall 2 sehen wir bei der Section, dass die Carcinose schon eine ziemlich allgemeine geworden ist, die Leber und die retroperitonealen Drüsen sind bereits ergriffen, ebenso der Uterus. Es kam chronische Nephritis, linksseitige Hydronephrose hinzu, so wie starkes Lungenemphysem und Oedem. Auch diese Patientin starb im Collaps.

Beim Fall 3 ist die Patientin, bevor sie zur Operation in die Klinik kam, bereits 10 mal punktirt worden. Der Kräfteverfall musste also ein überaus grosser sein, zumal sich der Ascites jedesmal sehr schnell wieder ansammelte; die letzte Punktion war 6 Tage vor ihrer Aufnahme vorgenommen und bei der Operation fand sich auch jauchige Masse, sowie Flüssigkeit in der Bauchhöhle.

Auch bei dem Fall 4 liegt ein erschwerender Umstand in den häufigen Blutverlusten. Patientin leidet beständig an unregelmässigen Blutungen in Intervallen von höchstens 8—10 Tagen und an andauerndem Erbrechen, was beides die Patientin überaus der Widerstandsfähigkeit beraubt hatte. Die ersten Erscheinungen des Uterus-Carcinoms waren bereits zwei Jahre vor ihrer Aufnahme im Hospital

aufgetreten und, wie der Sectionsbefund zeigte, war denn auch die Carcinose schon eine recht verbreitete geworden, und damit die Kachexie eine hochgradige, sodass Patientin erliegen musste.

Bei dem Falle 10 haben wir ebenfalls neben einer chronischen Peritonitis mit einer bereits weit fortgeschrittenen Metastasenbildung zu thun, die den Collaps der Patientin nach der Operation vollauf erklärt, zumal die Lungenthätigkeit durch pleuritische Verwachsungen behindert wurde und das Herz atrophisch war.

In dem Falle 11 erliegt Patientin einer Pneumonie und beiderseitigen fibrinös-eitrigen Pleuritis.

Im Falle 23 ist die Kranke an einer Embolie der Arteria pulmonalis zu Grunde gegangen.

Der Fall 25 bietet in sofern Interesse, als hier der Versuch gemacht wird, das ausgeräumte Geschwulstbett abzuschliessen gegen die Bauchhöhle. Es handelte sich in diesem Falle um ausgedehnten hämorrhagischen Zerfall des von der Neubildung (Sarcom) ergriffenen Ovariums mit Bildung einer grossen Hämatocele. Das kleine Becken war gänzlich mit altgeronnenem Blut ausgefüllt. Nach der Operation wiederholten sich leider die Blutungen häufig und sehr profus, und schliesslich wurde der Ausfluss jauchig und stinkend. Bei der Section ergab sich neben den verjauchten Geschwulstresten im Becken eine ausgedehnte Sarcomatose der Leber und der Lungen.

Bei den von der Operation genesenen Fällen möchte ich, der besseren Uebersicht wegen, eine Unterscheidung machen zwischen solchen, wo es gelang, die Neubildung radikal zu entfernen, wo anscheinend nur gesundes Gewebe zurückblieb und nirgends Metastasen zu bemerken waren, und solchen, wo einestheils aus örtlichen Rücksichten nicht ganz im gesunden operirt werden konnte, andererseits die hier und da vorhandenen Metastasen nicht alle mit entfernt werden konnten.

Die letzteren Fälle waren leider die häufigeren; es sind die Fälle 5, 8, 12—18, 20, 22, 26, 30, 31. Wenn die Prognose bei diesen Fällen auch entschieden schlechter gestellt werden müsste, wie bei den später folgenden, so waren doch einige überraschend gute Resultate zu verzeichnen, freilich daneben auch sehr traurige. Ich lasse hier eine kurze Uebersicht dieser Fälle von Palliativoperationen folgen.

Fall 5. (Cystom. ovarii utriusque carcinomat.) Es blieben am Stiel flache rothe Auflagerungen zurück, das lig. lat. war derbe,

mit röthlichen Wucherungen besetzt; von dem trüben Inhalt des Tumors geräth bei seinem Herausheben etwas in die Bauchhöhle. Nach 1/4 Jahr stellt sich Patientin wieder vor und klagt über Schmerzen. Vor der Portio ein haselnussgrosser Knoten; fast 2 Jahre lang hat sich Patientin eines verhältnissmässigen Wohlseins erfreut, dann traten Metastasen in den Axillardrüsen auf, die operirt werden mussten, die Kranke wurde immer elender und starb schliesslich etwa 3 1/2 Jahr nach der Operation.

Fall 8. (Carcinom. papillare ovarii utriusque.) Patientin verheirathete sich bald nach ihrer Entlassung, war fast vier Jahre gesund, erkrankte dann anscheinend an einer Peritonitis, von der sie sich erholte, annähernd 2 Jahre bei Wohlbefinden blieb und erst neuerdings, im Februar dieses Jahres, wieder an Peritonitis erkrankt ist. Das Resultat ist bei diesem Falle ein überraschend gutes und es ist bemerkenswerth, dass hier eine zwar ersichtlich krebsige Geschwulst vorlag, welche nicht blos oberflächlich das Peritoneum sondern auch das Beckenbindegewebe infiltrirt hatte, dabei aber papilläre Struktur zeigte. Das gleiche Verhalten der Neubildung bestand bei der grossen Mehrzahl der durch die Operation günstig beeinflussten Fälle, welche Freund mittheilt, ebenso in unserm Falle 31

Fall 12. (Carcinom. ovarii utriusque.) Am Stielstumpfe bleibt etwas derbes Gewebe zurück, eine Cyste ergiesst ihren trüben Inhalt in die Bauchhöhle. Patientin lebt noch 1 1/2 Jahr und erliegt Ostern 1890 einem sehr schnell wachsenden Recidiv.

Fall 13. (Sarcom. ovarii utriusque) ergiebt ein sehr schlechtes Resultat; es befanden sich an der Parietalserosa eine Menge Körnchen. Schon 3 Monate nach ihrer Entlassung musste Patientin wieder aufgenommen werden, wurde punktirt, was im Laufe des nächsten Monats zu Hause noch mehrere Male wiederholt werden musste, und erlag schon nach kurzer Zeit, nach 4—5 Monaten etwa.

Fall 14 (Sarcoma ovarii utriusque) bietet wieder ein bedeutend besseres Resultat; es befanden sich auch hier auf dem Bauchfell Auflagerungen; eine geraume Zeit nach ihrer Entlassung befand sich Patientin wohl, erkrankte erst ein Jahr darnach wieder so, dass sie ein Bad aufsuchte und erlag schliesslich nach 1 1/2 Jahren einem Recidiv.

Fall 15. (Carcin. ovarii dextri) ist dem Fall 13 zur Seite zu stellen, nur das der Verlauf ein noch schnellerer war. Schon während ihres Aufenthalts in der Klinik sammelte sich bei der Patien-

tin wieder Ascites an, etwa 20 Tage nach der Operation. 3 Wochen nach ihrer Entlassung ist sie dann an einer Lungenentzündung gestorben. Wenn nun auch diese Complication nicht hinzugekommen wäre, der die Patientin bei ihrem grossen Kräfteverfall keinen genügenden Widerstand leisten konnte, so bietet das schnelle Wiedererscheinen des Ascites schon die Garantie, dass der Exitus doch nicht lange hätte hingehalten werden können.

Fall 16. (Cysto-carcin. ovar. dext.) bietet wieder ein gutes Resultat, das beste, welches überhaupt in dieser Serie vorkommt. Es drängt sich hier die Vermuthung auf, dass es sich nicht um eine carcinomatöse Degeneration handle, sondern dass die Wucherungen an der Cystenwand rein papillärer Natur gewesen sind. Im April 1890 wurde Patientin operirt und es musste dabei, allerdings nur wenig, speckig verdicktes Gewebe am proc. vermiformis, der sich mit der Beckenwand verlöthet zeigte, zurückbleiben. Bis heute noch erfreut sich Patientin des besten Wohlbefindens und es hat sich von Recidiv keine Spur gezeigt.

Fall 17. (Cystom. ovar. utriusque carcinom.) Verläuft analog dem Falle 15 und 13. Schon am dritten Tage nach der Operation ist Ascites wieder nachweisbar, und 4—5 Wochen nach ihrer Entlassung, nach zweimal wiederholter Punktion, starb Patientin an Erschöpfung. Es waren bei der Operation recht zahlreiche Metastasen auf der parietalen und visceralen Serosa, in den Douglasschen Falten, dem lig. lat. und im Netz zurückgeblieben.

Fall 18 (Cystom. ovar. sinistr. carcinomat. Carcin. perit. et ovar. dext.) ist dem Vorhergehenden ähnlich. 2 Monate nach der Entlassung tritt der Tod ein, nachdem sich ein colossaler Ascites wieder angesammelt hatte.

Fall 20 (Carcinom. tubae Fallopiae) verläuft ebenfalls recht rapide. Schon 4 Tage nach der Entlassung aus dem Hospital hat sich wieder Ascites angesammelt, es ist über dem linken Unterlappen Dämpfung wahrnehmbar; Erbrechen tritt ein, welches schliesslich kothartig wird und nach etwa vierwöchentlichem Krankenlager stirbt Patientin. Es hat sich hier einerseits wahrscheinlich um eine Pleuritis gehandelt, andererseits um eine Verlegung des Dickdarms durch Geschwulstmassen.

Fall 23. (Cystom. ovar. carcin. Carcin. tubae Fallopiae.) Bedeutende Metastasen in retroperitonealen Lymphdrüsen. Es ist mir leider nicht gelungen, über diesen Fall weiteres zu eruiren.

Fall 26. (Tumor malig. ovarii sinistri). Ein Theil des Gewebes, welches den Tumor bildet, bleibt am Peritoneum zurück. Der Verlauf war bisher, seit Anfang October vorigen Jahres, ein guter; vor 14 Tagen stellten sich Schmerzen im linken Hypochondrium ein, das auf Druck noch jetzt empfindlich ist. Die Menstruation, die nach der Operation bis jetzt cessirt hatte, ist neuerdings wieder aufgetreten.

Fall 30 (Sarcom ovarii sinistri) gehört der neuesten Zeit an; Patientin wurde erst vor 14 Tagen aus der Klinik entlassen bei ausgezeichnetem Befinden.

Fall 31 (Papillom. carcinomat. ovarii utriusque) bietet ein ganz besonderes Interesse durch das eigenartige Verfahren, welches bei der Operation angewandt wurde; diesem Verfahren allein ist es jedenfalls zu danken, dass Patientin so lange am Leben blieb und sich verhältnissmässigen Wohlseins erfreute. Da an eine Entfernung der ganzen Geschwulstmasse garnicht gedacht werden konnte, beschloss Herr Professor Werth, das zurückbleibende maligne Gewebe durch gesundes von der Bauchhöhle abzuschliessen, in der Voraussetzung, dass, bis der Tumor dieses Hinderniss überwunden und durchwachsen haben würde, einige Zeit verhältnissmässiges Wohlseins für die Patientin gewonnen sein würde. Der Erfolg bestätigte diese Voraussetzung; Patientin lebte noch über ein Jahr in erträglichem Zustande.

Von diesen 14 Fällen sind also 5 sehr schnell verlaufen, so schnell, dass sie den früher erwähnten, gleich nach der Operation gestorbenen, an die Seite gestellt werden müssen. Die Todesursache war meistens auch hier hochgradige Erschöpfung in Folge des schnellen Wiederauftritts des Ascites und des durch den langen Krankheitsverlauf bedingten kachektischen Zustandes.

In 3 Fällen trat der Tod erst nach längerer Frist eines guten Befindens ein. 1½ Jahre überschreitet diese Frist freilich nicht, aber immerhin ist doch dieser Erfolg schon ein sehr zufriedenstellender; ohne Operation wären die Kranken weit eher gestorben und unter weit peinlicheren Leiden. Freilich lässt die Erfahrung Freunds, dass die durch eine Operation von ihrer Primärgeschwulst befreiten Frauen sämmtlich rasch nach plötzlicher Verschlimmerung des Zustandes untergehen, sich nicht ohne weiteres verallgemeinern, denn dies trifft hier nur bei dem Fall 12 zu, während im Falle 14 und 31 die Patientinnen unter den Qualen des weiter-

um sich greifenden Recidivs nach etwa 1 jährigem Wohlbefinden noch ein halbes Jahr und darüber zu leiden haben.

In weiteren 5 Fällen ist das Resultat, soweit es sich übersehen lässt, ein ausgezeichnetes zu nennen. In einem Falle (Fall 17) ist es allerdings zweifelhaft, ob wirklich Carcinom und nicht ein typisches Adenom der Ovarien vorlag. Die Genesung ist eine gänzliche und bleibende. Bei dem Falle 8 sind bereits 6 Jahre seit der Operation verflossen, Patientin ist zwar inzwischen einige Male an peritonitisähnlichen Erscheinungen erkrankt, befand sich aber im ganzen wohl. Die beiden anderen Fälle sind so neuen Datums, dass sich ein definitives Urtheil füglich über sie noch nicht fällen lässt. Bisher war ihr Verlauf durchaus zufriedenstellend.

Ueber die letzten noch übrigen Fälle dieser Abtheilung (Fall 22) konnte ich trotz vielfacher Bemühung nichts weiteres erfahren. Es lässt sich jedoch bei dem Falle 22 bei der bedeutenden Metastasenbildung nicht viel gutes erwarten.

Von den folgenden 9 Fällen, bei denen also, soweit ersichtlich keine Metastasen vorhanden waren und bei denen die Primärgeschwulst radikal entfernt werden konnte, gehören die 3 letzten, Fall 27, 28 und 29 der neuesten Zeit an, so dass über den Verlauf noch nicht viel zu sagen ist. Bisher ist bei allen 3 Patientinnen das Befinden vortrefflich.

Im Falle 6 sind 5 Monate nach der Operation bereits knollige Tumormassen im ganzen Abdomen nachweissbar, desgleichen ein beginnendes Uteruscarcinom. Patientin hat trotzdem noch $4^1/_2$ Jahre gelebt, natürlich unter grossen Leiden. Es trifft also auch hier der Satz nicht zu, dass ein Recidiv bei den Operirten plötzlich auftritt und schnell zum Tode führt.

Im Falle 7 ist die Diagnose Carcinom zweifelhaft gewesen, und der Verlauf des Falles spricht gegen die Malignität der Geschwulst, denn Patientin lebt noch heute, nach fast 6 Jahren, im besten Wohlsein.

Der Fall 24 hat innerhalb eines Jahres und zweier Monate seinen Ausgang durch den Tod genommen. Neun Monate nach der Operation ist bereits eine Geschwulst wieder zu constatiren gewesen, der Tod trat schliesslich durch Erschöpfung ein.

Die Fälle 9, 19, 24 sind uns leider derartig aus den Augen gekommen, dass ich nicht mehr über sie in Erfahrung bringen konnte, als uns die Krankengeschichten angeben. Im Falle 19

meldete Patientin nach einem Monat, im Falle 24 nach einem Vierteljahr bestes Wohlsein.

Nunmehr lasse ich eine Serie von weiteren 14 Fällen folgen, in denen auch an eine theilweise Entfernung der Tumoren nicht gedacht werden konnte. Man musste sich in allen diesen Fällen auf die Incision der Bauchdecken beschränken, die lediglich als eine probatorische zu betrachten war. Der Ascites wurde jedesmal nach Möglichkeit entfernt und es ist hier also Gelegenheit gegeben, die Erfolge dieser blossen Austrocknung der Bauchhöhle, die Freund für so sehr gute hält, auf ihren Werth zu prüfen.

1. Fall.

Journ.-No. 10517. Catharine B., 41jährige Landmannsfrau.

Patientin ist bereits einmal unter der Diagnose eines Fibroma uteri in der Anstalt gewesen, damals nicht operirt worden und gebessert entlassen. 1 Jahr lang ist sie gesund gewesen bis zu ihrer jetzigen Erkrankung.

Seit Juni bemerkt sie Zunahme des Leibesumfanges, die seit 3 Wochen sehr schnell fortschreitet.

Status praesens: Mässiger Ernährungszustand, geringe Anämie. Abdomen aufgetrieben, grösster Umfang 98 cm. Grosswellige Fluktuationen. In der linken regio inguinalis etwas vermehrte Resistenz. Rechts vom Uterus ein reichlich hühnereigrosser, derber, der Beckenwand fest ansitzender Knoten. Das rectum nach rechts verdrängt. Das linke Parametrium von Strängen durchsetzt. Im linken hinteren Beckenabschnitt fühlt man eine elastische Spannung.

Diagnose: Carcinoma peritonei.

18. X. 81. Probeincision: Nach Eröffnung der Bauchhöhle fliessen 6 Liter klarer, ascitischer Flüssigkeit ab. Die Dünndarmschlingen sind zum Theil untereinander verlöthet und auf ihrer Oberfläche mit weisslichen, höckerigen Auflagerungen besetzt. In der Tiefe liegen festere Geschwulstmassen. Verschluss der Bauchwunde.

Nach längerem Stehen sammelt sich in dem Ascites ein wolkiges Sediment, welches kleine glänzende Rundzellen, grösstentheils aber grosse, mit Vacuolen versehene Zellen enthält.

Verlauf: Am 2. Tage Eintritt der Menses. 21. X. häufiges, galliges Erbrechen, starker Meteorismus, kein Stuhlgang. Es werden Nährclystiere verabfolgt. 26. 10. ist der Verband durchnässt; während die Wunde innen verheilt ist, quillt aus drei Stichöffnungen gelbe, klare Flüssigkeit hervor. Das Erbrechen dauert fort, Puls klein und schnell. Auch das Ausfliessen ascitischer Flüssigkeit wiederholt sich, bis schliesslich die kleinen Wunden verheilen. Per os wird gar keine Speise mehr aufgenommen und 16. XI. 81 tritt der exitus ein.

Sectionsbefund: Starke carcinomatöse Peritonitis. Grosses multilokuläres Cystom des linken Ovarium, kleines des rechten. Lobulär-pneumonische Infiltrate in beiden Unterlappen. Residuen von Pleuritis. Chronische Endarteriitis.

2. Fall.

Journ.-No. 10801. Magarethe W., 48jährige Tischlersfrau.

Anamnese: Seit 24 Jahren steril verheirathet, seit mehreren Jahren Zunahme des Abdomen, im December 81 mehrtägige profuse Blutung am Ende einer Menstruation. Seit einem Jahre Schmerzen in der rechten Nierengegend und Bauchseite. Die Schwellung hat stetig zugenommen, die Harnmenge ist verringert.

Status praesens: Gutes Aussehen, geringe Anämie. Grösster Umfang des Abdomen, eine handbreit über dem Nabel, 109,5 cm. Der Nabel leicht vorgewölbt. Das Abdomen nach rechts etwas stärker ausgedehnt, wie nach links. Ausgedehnte Dämpfung über die ganzen Bauchdecken, ohne dass scharfe Contouren eines Tumors fühlbar wären; nur im rechten oberen Bauchquadranten etwas festere Resistenz. Per vaginam fühlt man in der rechten Beckenhälfte eine bis an die vordere Beckenwand sich heranziehende, theils festere, theils dunkel fluktuirende Schwellung, weniger umangreich in der linken Seite.

Diagnose: Tumor malignus abdominis.

26. X. 84. Probeincision: Langer Bauchschnitt, 4 cm über den Nabel reichend. Der vorliegende Tumor zeigt blasse, etwas trübe, aber glatte Oberfläche; links unten, durch eine tiefe Furche von der Hauptmasse getrennt, ein 2 faustgrosser Anhang derselben. Die vordere Umschlagsfalte des Peritoneums liegt circa $1^1/_2$ Handbreit über der Symphyse und verläuft beiderseits symmetrisch im Bogen nach aussen abwärts, indem in der ganzen Breite der vorderen Bauchwand das Peritoneum von dieser auf die Oberfläche des Tumors übergeht. In der Mitte ist das Peritoneum am Tumor nicht isolirt wahrzunehmen, in den seitlichen Abschnitten dagegen auf demselben verschiebbar. Bei Punktion fliesst nichts aus dem Tumor aus, aus beiden Punktionsstellen dagegen ziemlich starke Blutung. Der Finger dringt hier in weiches, markiges Gewebe. Die Punktionslöcher geschlossen. Bauchwunde zugenäht.

Verlauf: In den ersten Tagen gutes Befinden. 5. 11. Verbandwechsel, Heilung p. p. i. 7. XI. Schmerzen im linken Bein, etwas Oedem desselben um die Malleolen herum. Hochlagerung. 10. XI. noch stärkere Schwellung des Beines, Schmerz im Oberschenkel. 15. XI. Schwellung ziemlich zurückgegangen, nur noch am Oberschenkel und der linken Hinterbacke; keine Schmerzen. 18. XI. Schmerzen in der regio renalis, Oedem noch vorhanden. Abdomen stärker ausgedehnt. Dann allmählige Besserung der Beschwerden, regelmässiger Stuhl, Abnahme des Banchumfanges bei vermehrter Urinmenge durch Resina Copaivae. 11. XII. 84. Entlassung.

Laut Bericht vom 29. 12. 87. geht es der Frau dauernd sehr gut. Der Leib ist unter dem andauernden Gebrauch von Resina Copaivae als Diureticum ganz flach geworden und geblieben. Die Menses haben bald nach ihrer Entlassung aufgehört. Durch den behandelnden Arzt, Herrn Dr. Ahrens in Drochtersen, wird die Krankengeschichte in folgender Weise ergänzt. Mitte Juni 1888 erkrankte Patientin ganz plötzlich unter heftigem Fieber, welches einen schweren septischen Charakter zeigte; sie starb am 14. Juni 1888. Die Sektion wurde verweigert.

3. Fall.

Journ.-No. 11871. Johanna G., 42jährige Lootsenfrau.

Carcinomatöse Entartung der Abdominalorgane.

Anamnese: 3 normale Geburten. Seit Herbst des Vorjahres zunächst ante-

ponirte Menses, seit der Zeit zeitweilige Schmerzen im Abdomen. Seit März des Jahres Zunahme des Leibesumfanges. Vor 7 Wochen Punktion, dann Wiederzunahme des Abdomens.

Status praesens: Magere Frau, Abdomen sehr ausgedehnt, grösster Umfang 126 cm. Ueberall im Bauche grosswellige Fluktuation und Undulation; nur in der Mittellinie, nahe unter dem Sternum ist ein kleiner Bezirk tympanitischen Schalles. Nirgends ein Tumor zu fühlen. Oedem des unteren Theiles der Bauchdecken und der Unterschenkel. Per vaginam fühlt man den Douglas'schen Raum ganz von einer flachen Schicht mässig harter, derber, nicht knolliger Massen ausgefüllt, die auch die Portio von vorn umgreifen, sodass diese in die Massen ganz eingemauert erscheint. In der rechten mamma ist der laterale und obere Quadrant von harten, derben Carcinommetastasen infiltrirt.

9. IX. 87. Probeincision: Erguss von sehr bedeutenden Mengen hellgelben, dünnflüssigen Ascites, der nach kurzem Stehen zum Theil gerinnt. Grosse cystische Tumoren namentlich in der linken Seite fühl- und sichtbar. Das parietale sowie grösstentheils auch das viscerale Peritoneum ist mit carcinomatösen Massen besetzt, das Colon zu beiden Seiten durch Geschwulstmassen fixirt, die retroperitonealen Lymphdrüsen grösstentheils stark geschwollen und infiltrirt.

Verlauf: Am dritten Tage bemerkt man bereits das Wiederansammeln von Ascites. Grosse Schwäche, heftige Diarrhöe. Entlassung 16. IX. 87. Die Bauchwunde ist glatt verheilt. Nach Bericht des Arztes, Herrn Dr. Magaard in Hadersleben, befand sich Patientin anfangs bei innerlichem Gebrauch von Copaivbalsam recht wohl. Im August 1887 musste sie wegen Beschwerden den Gebrauch desselben aussetzen und bekam wegen des neu zunehmenden Ascites Digitalis und Kalium aceticum. Nach 14tägigem Gebrauch desselben ging sie wieder zum Copaivbalsam über, da sie sich hierbei besser befand. Die Stauungserscheinungen nahmen aber progressiv zu und Anfang April 1888 erlag sie ihrer Carcinomatose.

4. Fall.

Journ.-No. 12141. Magdalene Sch. 58jährige Hufnersfrau.

Anamnese: Vier normale Geburten. Seit Beginn des Jahres schneidende Schmerzen im Abdomen und Anschwellung desselben, die immer stärker wurde.

Status praesens: Leidlicher Ernährungszustand, Athmung etwas dyspnoisch. Abdomen stark aufgetrieben. Ueber der Symphyse etwas Resistenz, sonst äusserlich keine Tumoren fühlbar. Innerlich fühlt man im hintern Beckenraum feste Massen, die die Portio nach vorn gedrängt haben.

Diagnose: Carcinoma ovarii utriusque.

17. 5. 88. Probeincision: Kleine Incision. Netz rechts im Beckeneingang adhärent, wird leicht gelöst, enthält am unteren Ende, entsprechend der Adhäsion, eine 5-markstückgrosse Einlagerung eines derben, blassen Gewebes. Links und rechts festsitzende höckerige Tumoren im hinteren Beckenraum; der Douglas'sche Raum durch eben solche Massen verlegt. Ziemlich starker Ascites möglichst entleert. Bauchnaht.

Verlauf: Befinden dauernd gut, 10 Tage nach der Operation einige Tage anhaltende Blähungsbeschwerden. Heilung der Wunde per primam. Entlassung bei mässigem Wohlbefinden, 31. V. 88. Während des ganzen Aufenthaltes subfebrile Temperaturen.

Laut Bericht ist Patientin 6. XI. 85 zu Grunde gegangen unter den Erscheinungen der Erschöpfung, nachdem sich der Ascites sehr stark wieder angesammelt hatte und zweimal vorher hatte punktirt werden müssen.

5. Fall.

Journ.-No. 12254. Dorothea L., 61jährige Maurersfrau.

Anamnese: Eine normale Geburt vor 37 Jahren; seit dem 55. Jahre sind die Menses immer nur 2 bis 4 mal im Jahr aufgetreten, das letzte Mal vor vier Wochen, sehr schwach. Seit Pfingsten allmähliche Anschwellung des Leibes, grosse Schwäche und Hinfälligkeit.

Status praesens: Sehr korpulente Frau, Abdomen stark aufgetrieben, grösster Umfang 121 cm.

In der linken Seite des Bauches sind trotz des Fettreichthums der Bauchdecken harte Tumoren fühlbar, die, in Nabelhöhe beginnend, sich bis zum horizontalen Schambeinast erstrecken. Ascitischer Erguss nachweisbar, der aber keine grosse Ausdehnung zu haben scheint. Innerlich fühlt man die portio nach links hinten stehend, an welcher sich der kleine atrophische Uteruskörper anschliesst. Tumoren sind nicht fühlbar.

Diagnose: Sarcom der Abdominalorgane, hervorgehend aus einem sarcomatös degenerirten Uterusmyom.

17. VIII. 88 Probeincision. 10 cm langer Schnitt, freier Ascites in geringer Menge. Peritoneum sehr verdickt, geröthet. Im Abdomen ein harter, kindskopfgrosser Tumor, der den Beckeneingang völlig ausfüllt. Darmserosa, Mesenterium, Netz mit weissen, harten Knoten verschiedener Grösse durchsetzt. Das Netz bildet einen handgrossen, ca. 2 cm dicken, platten Körper.

Verlauf: Häufiges, galliges Erbrechen, Meteorismus. Am 18. VIII. 88 Dyspnoe, exitus.

Sectionsbefund: Die gesammte Darmserosa, das Mesenterium und das gesammte peritoneum parietale ist mit sehr zahlreichen, bis erbsengrossen, weissen, markigen Knoten übersäet. Die Radix des Mesenteriums ist von diesen Knoten vollkommen durchsetzt, ebenso das Netz. Milz stark vergrössert. Den gesammten Beckenraum sowie den unteren Theil der Bauchhöhle füllt ein mannskopfgrosser, harter, derber Tumor aus, der den kolossal vergrösserten myomatösen Uterus darstellt. Die Tuben, sowie die sonst normalen Ovarien sind mit dem Tumor verwachsen. In der hinteren Wand des Uterus liegt das grosse Myom, dessen Gewebe nahe der Uterushöhle, die also vorne liegt, reines Myomgewebe ist, weiter hinten aber eine mehr sarcomatöse Beschaffenheit annimmt und in den hinteren Partien reines Sarcom ist.

Fettige Degeneration des Herzmuskels, kleines pleuritisches Exudat links hinten unten.

6. Fall.

Journ.-No. 12329. Marie St., 34 jährige Fettwaarenhändlersfrau.

Anamnese: 2 normale Geburten. Während der letzten Schwangerschaft Schmerzen im Abdomen, die sich nicht nach der Entbindung verloren, sondern sich immer mehr verschlimmerten. Seit einem Jahr ein Tumor bemerkt, der sich langsam vergrösserte.

Status praesens: Magere, anämische Person, Thyreoidea leicht geschwellt. Der

untere Leberrand überragt einige Centimeter breit den Rippenbogen. Abdomen flach, weich, in der Tiefe im rechten Hypogastrium kleiner, höckeriger Tumor fühlbar, der wenig empfindlich ist. Linkes Ovarium nicht viel grösser als normal, druckempfindlich, rechtes Ovarium apfelsinengross, aus einer grösseren Anzahl kleiner und grosser Kugelsegmente sich zusammensetzend; der Tumor ist mässig beweglich, geht nahe an die rechte Uteruswand heran, steht jedoch anscheinend nicht mit ihr im Zusammenhang.

Diagnose: Carcinoma Ilei.

22. X. Probeincision: Der in der rechten Seite liegende Tumor wird herausgenommen, er besteht aus einem grauröthlichen markigen Gewebe, welches einen Knoten bildet, in dessen äussere Schichten eine Schlinge des Ileum dicht eingelassen ist in der Weise, das am Scheitel der Darm nur als ganz flacher Wulst über das Niveau der Geschwulst hervorragt. Nach rechts ist die Geschwulst zugleich breit mit dem Coecum verlöthet. Das zugehörige Mesenterium ist bis an die Wurzel mit infiltrirten Lymphdrüsen erfüllt. Nach der Blase hin besteht eine breite, strangförmige Adhäsion, durch welche die Blase zipfelförmig ausgezogen erscheint. Diese Adhäsion wird durchtrennt.

Verlauf: Urinverhaltung, Schmerzen im ganzen Leibe, Temperaturen bis 38,5 zeigen das Bild der ersten Tage nach der Operation.

Die Temperaturerhöhung bleibt dauernd bei, auch die Schmerzen im Leibe wiederholen sich. Der Stuhl ist träge, muss durch Abführmittel herbeigeführt werden. 4. XI. zeigt sich das rechte Bein schmerzhaft und geschwollen, welche Schwellung allmählig wieder nachlässt. Der Stuhl erfolgt leichter, die Temperatur wird niedriger. 16. XI. ist der Thrombus in der Leistengegend noch zu fühlen, während die Schwellung des Beines verschwunden ist. 26. XI. Entlassung.

Herr Dr. Duus aus Flensburg schreibt mir Folgendes über den weiteren Verlauf: Bei ausserordentlich vorsichtigem Leben, täglichen Spaziergängen und -fahrten befand sich Patientin wohl bis August 89. Anfang August ass sie eines Tages zuviel junge Kartoffel, bekam danach heftige Schmerzen in der rechten Seite, unstillbares bis zum Tode andauerndes Erbrechen. Der im rechten Hypogastrium gelegene Tumor brach nach aussen durch und entleerte viel jauchige Flüssigkeit. Nach einigen Tagen begann der Stuhl, der mehrere Tage ganz ausgesetzt hatte, sich zu verflüssigen, ging in heftige Diarrhöen über, mit welchen sich ähnliche Massen, wie sie aus der Bauchöffnung flossen, entleerten. Am 10. August 89 starb Patentin an Entkräftung.

7. Fall.

Journ.-No. 12383. Catharine St., 44 jährige Schuhmachersfrau.

Anamnese: 4 normale Geburten. Seit einem Vierteljahre Zunahme des Abdomens bemerkt und links oben einen festen Knoten gefühlt, dabei Schmerzen, die sich allmählich verloren und auch nicht wiederkehrten.

Status praesens: In geringem Grade cyanotisch aussehende, ziemlich abgemagerte Patientin Thorax in den unteren Partien fassförmig aufgetrieben. Abdomen sehr gespannt und umfangreich (grösster Umfang 130 cm) zeigt überall deutliche Fluktuation und Dämpfung. Tumormassen sind weder von innen noch von aussen zu fühlen.

Diagnose: Scirrhus omenti et ovarii utriusque.

27. X. 88. Probeincison: 12 cm lange Incision, reichlicher Abfluss von hellbierbrauner, ascitischer Flüssigkeit. Ein harter Tumor wird fühlbar, der sich als das stark geschrumpfte und skirrhös verdickte Netz präsentirt. Einige Centimeter über demselben ist das Colon transversum sichtbar. Bei dem unregelmässigen Verlauf der Insertionslinie des entarteten Netzes an der grossen Curvatur lässt sich nicht mit Sicherheit erkennen, ob nicht die Magenwand selbst zum Theil in die Neubildung aufgegangen ist. Die Mesenterialdrüsen sind zum Theil in mässigem Grade derb infiltrirt; in der vorderen Platte des linken lig. lat. findet sich eine weissliche, flache Einlagerung. Beide Ovarien sind mässig vergrössert, lappig und aus mehreren zum Theil flachen, zum Theil mehr hervortretenden Segmenten zusammengesetzt. Das linke Ovarium wird zur Untersuchung abgesetzt. Aus der Höhle des kleinen Beckens entleerten sich mit dem Ascites kleine Flocken graurothen Gewebes mit dunkelrothen, fast schwarzen Punkten. Vom Netz wird ein kleines Stück abgeschnitten, dann die Bauchwunde geschlossen.

Die aus dem Ovarium hervortretenden kleineren und grösseren Knoten sind grösstentheils noch mit einer dünnen Schicht der Albuginea überdeckt und nur an einzelnen Stellen desselben liegt ein graurothes, glasiges Gewebe in den Lücken zu Tage.

Auf dem Durchschnitte erscheinen die Knoten aus einem schwach grauroth gefärbten, weichen, glasigen Gewebe gebildet, das reichliche Flüssigkeit absondert. In dieser finden sich grosse, polygonal begrenzte Zellen, einzelne von Fettkörnchen, andere von Vacuolen durchsetzt; ausserdem Haufen kleinerer Zellen, die wie herausgefallener Alveolarinhalt aussehen. Denselben Befund ergeben die aus dem Becken mit dem Ascites herausgeschwemmten Gewebsbröckel.

Verlauf: Zunächst nach der Operation Schmerzen im Leibe, Blähungsbeschwerden. 9. XI. 88. Verbandwechsel, Heilung p. p. i. 11. XI. 88. Entlassung bei Wohlsein.

Ueber den schliesslichen Ausgang des Falles konnte ich Näheres nicht erfahren

8. Fall.

Journ.-No. 12487. Catharine R., 55jährige Arbeitersfrau.

Anamnese: 7 normale Geburten; vor 7 Jahren ist die Menopause eingetreten. Im August wurde Zunahme des Leibesumfanges bemerkt, im September starke, kolikartige Schmerzen. Die Schmerzen verschwanden wieder, aber der Leib wurde immer stärker.

Status praesens: Sehr abgemagerte, kachektisch aussehende Person. Abdomen hat einen grössten Umfang von 96 cm, zeigt wellige Fluktuation. In der linken Parasternal- und in der Lebergegend Verhärtung. Der Beckeneingang ist durch harte Massen erfüllt, in denen der Uterus nicht begrenzt zu fühlen ist. Die Portio ist verstrichen und geht allmählich in diese harten Massen über. Das rectum ist ringsum von den harten Partien eingemauert, nur ein kaum fingerdicker Canal ist durchgängig.

Diagnose: Carcinoma ovarii et peritonei.

5. II. 89. Probeincision: 8 cm langer Einschnitt; linea alba mit dem Peritoneum verwachsen. Es entleert sich reichliche, dunkelbraune, trübe, nicht flockige Flüssigkeit. Das Peritoneum parietale fühlt sich rauh an und ist, wie die Darmserosa und die Gallenblase mit kleinen Knötchen besäet. Der Dickdarm ist der

hinteren seitlichen Bauchwand adhärent, ebenso sind Darmschlingen mit den Beckenorganen zu einer breiten, harten, körnigen Masse verwachsen. Von der Gallenblase geht ein bleistiftdicker, frei im Bauchraum liegender Strang zu der rechten Darmbeinschaufel. Schluss der Bauchwunde.

Verlauf: Schon in den nächsten Tagen sammelt sich der Ascites ziemlich reichlich wieder an, die Kranke ist sehr hinfällig, kaum fühlbarer Puls. Collapstemperatur (35,2). 5. II. plötzlicher, sturzartiger Abgang von hämorrhagischer Flüssigkeit aus der in der Mitte gesprengten Bauchnaht; dieselbe wiederholt sich im Laufe des Tages, das Befinden der Kranken hebt sich danach.

14. II. 89. Zeitweise Bewusstlosigkeit; äusserste Schwäche. Exitus letalis.

Sectionsbefund: Ausgedehnte chronische Peritonitis, ausgehend von einem Tumor der Genitalien; starke Abplattung des Uterusfundus durch diesen Tumor, zahlreiche knotenförmige Metastasen am Bauchfell, besonders an der Darmserosa. Schlaffe Pneumonie des linken Unterlappens. Mässiges Emphysem und Oedem der Lungen. Chronische Bronchitis. Grosses Geschwür des Duodenum. Ausgedehnte Nekrose des Dünndarms durch Kothstauung.

9. Fall.

Journ.-No. 12548. Christine R., 59jährige Rentiersfrau.

Anamnese: 8 normale Geburten; Menses stets regelmässig; vor 5 Jahren Eintritt der Menopause. Vom 19. Dezember 1876 bis zum 28. April 1877 wurde Patientin in hiesiger Klinik wegen Eierstockwassersucht operirt. Im Herbst 88 heftiges Auftreten von Leibschmerzen, an denen Patientin zeitweise auch schon früher gelitten hatte; seit der Zeit bestehen diese Schmerzen mit kurzen Unterbrechungen fort.

Status praesens: Corpulente, nicht anämische Frau; alte Laparotomiewunde am Abdomen. Im hinteren Scheidengewölbe ein faustgrosser, derber, knolliger Tumor fühlbar, der in geringem Grade verschieblich ist und der nur in der Höhe des Abgangs der Douglas'schen Falten mit der hinteren Uterusfläche in Zusammenhang steht. Unterhalb der 11 cm langen Bauchnarbe ist eine ein bis zwei Finger breite Lücke in der Bauchwand (Hernie).

Diagnose: Carcinom des Dünndarms.

19. III. 89. Probeincision: Im Bruchsack ist das Netz adhärent und wird durchschnitten, in der Umgebung der Narbe ist es gleichfalls mit der Parietalserosa verwachsen und wird hier abgetrennt. Der Tumor ist durch eine kurze, fingerdicke Adhäsion mit der hinteren Uteruswand verbunden; diese wird durchtrennt. Die Geschwulst besteht aus einem kleinapfelgrossen, lappigen, derben Knoten, der zwischen mehreren Windungen der flexura sigmoidea liegt und dieselben fest untereinander vereinigt. Soweit sie zu Gesicht zu bekommen ist und nicht vom Darm bedeckt wird, scheint sie aus einem grauröthlichen, markigen Gewebe zu bestehen. Sie wird wieder versenkt. Das Coecum rechts mit dem proc. vermiformis an der vorderen Bauchwand adhärent, wird abgelöst, das freigemachte Netz wieder zusammengenäht, das eingestülpte Peritoneum sowie die narbigen Partien der Bauchwunde werden excidirt, Bauchwunde geschlossen.

Verlauf: Fortdauernd sehr starke Schmerzen im Leibe, 25. III. Erbrechen, kleiner, kaum fühlbarer Puls, Abends exitus letalis.

Sektionsbefund: „Frische, gut aussehende Bauchwunde; ausgedehnte fibrinöse

Auflagerung auf der Darmserosa. Verklebung der Darmwindungen im kleinen Becken durch einen faustgrossen, aus markigem Gewebe bestehenden Tumor. Das rechte Ovarium fehlt, das linke ist wenig vergrössert, Uterusadnexa links normal, nur mit knötchenförmigen Auflagerungen in grosser Menge versehen. Lungenemphysem und -ödem, atrophische Herzmuskulatur.

10. Fall.

Jour.-No, 12964. Wilhelmine Sch., 51jährige Landmannsfrau.

Anamnese: Seit September 89 grosse Mattigkeit, Anschwellen der Beine und des Leibes, welch' letzteres fortwährend zunimmt. Starker Kräfteverfall.

Status praesens: Sehr abgemagerte, stark anämische Person, Abdomen kugelig aufgetrieben, grösster Umfang 92 cm. Starke Fluktuationswellen im ganzen Abdomen.

Diagnose: Carcinoma peritonei.

30. I. 90. Probeincision: Entleerung von etwa 3 Litern dunkelbrauner, etwas trüber Flüssigkeit. Das peritoneum parietale und viscerale ist mit dichtstehenden Knötchen besetzt. Schluss der Bauchwunde.

Verlauf: Die Athmung ist freier, der Puls voller geworden; Lähmung der linken Hand während dreier Tage, bessert sich durch Massage. Die Bauchhaut ist schlaff, überall tympanitischer Schall. Urin klar, spontan gelassen, aber in geringen Mengen. 4. II. Im unteren Theil des Abdomens Dämpfung, rechts vom Nabel ein hühnereigrosser, höckeriger Tumor undeutlich in die Leberdämpfung übergehend. 10. II. hat der Leib bereits wieder stark durch Ascites zugenommen, Umfang 88 cm. 16. II. ist der Ascites und das Oedem der Beine wieder so vorhanden, wie vor der Punktion; Entlassung.

Laut Bericht ihres Mannes ist Patientin 6 Wochen nach der Entlassung gestorben.

11. Fall.

Journ.-No. 13096. Katharine A., 57jährige Landmannsfrau.

Anamnese: 10 normale Geburten, seit Weihnachten 89 Schmerzen im Unterleib und Stärkerwerden des Leibes, was in letzter Zeit bedeutend zugenommen hat.

Status praesens: Kräftig gebaute, nicht anämische Frau, Abdomen gleichmässig aufgetrieben, grösster Umfang 110 cm. Der freie Ascites lässt in Rückenlage nur einen tellergrossen runden Raum um den Nabel mit tympanitischen Schall frei, keine Schmerzen. Die Douglas'sche Falte ist fast kleinfingerdick, knollig hart, die Parametrien stark geschrumpft und verdickt, die Beckenwände von grösseren Tumoren frei, undeutlich körnige Oberfläche des Uterus.

Diagnose: Carcinoma peritonei, Ascites.

21. 4. Probeincision: Das chronisch entzündete Bauchfell 2 mm dick, mit zahlreichen kleinen Knötchen besetzt, besonders in der serosa parietalis. Entleerung von 6 Liter milchiger, graugelber Flüssigkeit, welche neben wenig Blutkörperchen reichliche Zellen, Plattenepithelien, Endothelien, sowie einige Zellen mit Vacuolen, in Haufen und einzeln liegend, enthält.

Verlauf: Keine Schmerzen, leichte Blähungsbeschwerden, reichlicher Stuhlgang.

Der Ascites sammelt sich wieder an und reicht bei der Entlassung 9. V. 90. bis 8 cm über beide Spinae ilei. Fieber war, ausser einer leichten Temperatursteigerung am zweiten Tage nach der Operation, nicht vorhanden.

12. Fall.

1891. Journ.-No. 13515. Sophie D., 57jährige Stadtrathsfrau.

Anamnese: Im 48. Jahre ist die Menopause eingetreten. Seit dem Frühjahr 1890 Abnahme der Kräfte und Abmagerung, seit Sommer Schmerzen in der linken Bauchseite. Seit dem Spätherbst hat Patientin einen Tumor bemerkt, der in der letzten Zeit stetig zugenommen hat und tägliche Morphiuminjektion nothwendig machte. Seit Weihnachten ist der Harn öfter dunkelkaffeebraun.

Status praesens: Mässig genährte, leidend aussehende Frau; im Abdomen liegt links zwischen Rippen und Darmbeinschaufel ein derber, etwas empfindlicher Tumor, der die Bauchwand mässig verwölbt. Ueber demselben bis zur Wirbelsäule besteht dumpfer Perkussionsschall. Der Urin zeigt geringen Eiweissgehalt, ist seiner Färbung nach immer sehr verschieden, bald hellgelb bräunlich, bald tief kaffeebraun. Im Sediment finden sich grosse, gelblich pigmentirte Zellen mit grossem Kern.

Diagnose: Carcinoma renis sinistri.

19. I. Probeincission: Längsschnitt am innern Umfang der Geschwulst. Nach Eröffnung des Peritoneums ergiebt die Palpation der beiden Nieren Tiefstand derselben ohne sonstige palpable Veränderungen. Beim Ausschälungsversuch zeigt sich, dass der innere hintere Umfang des Tumors in seiner ganzen Länge fest an der Wirbelsäule adhärirt.

Ausserdem finden sich dicht neben der Wirbelsäule über der Geschwulst mehrere, im ganzen eine reichlich hühnereigrosse, derbe Masse bildende Knoten, die der Wirbelsäule fest ansitzen. Der vordere Umfang des Geschwulst wird von einem cystischen, dünnwandigen Abschnitt gebildet, der das Nierenbecken darstellt. Einwärts von demselben ist bei Ablösung des Peritoneums ein kleiner Hohlraum gelassen, auf dessen Grund grauröthliche Neubildung blossliegt. Dieser Hohlraum wird wieder mit den Peritoneum bedeckt und dies vernäht. Oben und unten wird das gespaltene Blatt des Mesocolon wieder über dem Tumor vereinigt; seitlich von der am Tumor angebrachten Nahtlinie werden die hier stärker zurückgewichenen Ränder des Mesocolon mit der Oberfläche der Niere vernäht. Darauf wird das Peritoneum parietale mit dem Mesocolon vereinigt, schliesslich die Bauchwunde geschlossen.

Verlauf: Nach der Operation starke Schmerzen, die in den nächsten Tagen nachlassen. Der Urin ist meistens klar, zuweilen durch Sediment getrübt, enthält auch manchmal geringen Blutfarbstoff. 3. II. Schmerzen in der Gegend der Geschwulst, die bis zur Entlassung sich täglich wiederholen. Die Harnmenge schwankt zwischen 1500 und 500, der Harn ist stets fast klar, hellorangefarben mit Spuren von Eiweiss und einiger der oben erwähnten Zellen. 19. II. 91. Entlassen.

Im September 1891 ist der Exitus eingetreten.

13. Fall.

Journ.-No. 13730. Bertha R., 30jährige Kaufmannsfrau.

Anamnese: 5 Geburten, davon die letzte 1. IX. 87, alle normal. Seitdem sie aufgehört hat, das letzte Kind zu stillen, (Januar 89) bemerkte sie Nachlass des Appetites, Anschwellung des Leibes nach Anstrengungen, starke Kreuzschmerzen. Der behandelnde Arzt hat einen Tumor constatirt.

Status praesens: 5. I. 90. Mittlerer Ernährungszustand, leichte Anämie. Im hinteren Beckenraum ist ein keulenförmiger, nicht fluktuirender Tumor mit glatten

Flächen zu fühlen; das verjüngte Ende schiebt sich dicht hinter dem Uterus in die linke Beckenseite hinein; es scheint mit dem linken lig. lat. in Verbindung zu stehen. Der Tumor überragt nur rechts ein wenig den Beckeneingang, lässt sich wenig bewegen. Wird entlassen, mit der Weisung, wiederzukommen, wenn der Tumor grösser wird.

10. IX. 90 Wiedervorstellung. Der harte Tumor reicht bis zur Nabelhöhe. Der Uterus liegt ganz in der linken Seite; aus dem rechten Horn tritt ein wallnussgrosser Knoten hervor, der sich an den Haupttumor anlegt. Dieser sitzt dem Uterus hinten dicht an, mit seinem unteren, breit abgerundeten Segment erstreckt er sich bis etwa in Höhe des äusseren Muttermundes. Seine Oberfläche ist uneben, grobhöckerig, die ganze Geschwulst derb, mässig beweglich.

Während des Winters 1890 traten die Menses bedeutend verstärkt auf und sind mit lebhaften Schmerzen verbunden. Deutlicher Kräfteverfall bemerkbar. An dem Tumor fühlt man jetzt grosse, flache Prominenzen, mehr oder weniger hervorspringend. Er ragt links bis dicht an die spina ossis ilei, in der Mitte zwei fingerbreit über den Nabel, rechts schiebt sich ein vom Darm überlagerter Fortsatz bis zum rechten Rippenbogen. Der Nabelring ist deutlich geschwollen, hart und etwas druckempfindlich. Auch im hinteren Scheidengewölbe fühlt man den hinteren Beckenraum vom Tumor ausgefüllt.

Diagnose: Sarcoma intraligamentosum lateris dextri.

28. V. Probeincision: Schnitt durch den linken rectus; es entleert sich schwach röthliche ascitische Flüssigkeit. Der vorliegende Tumor besteht aus einem grauröthlichen Gewebe, ist zum Theil noch vom Peritoneum bedeckt. Weiter oben finden sich, der Hauptmasse der Geschwulst aufgesetzt, mit der hinteren Bauchwand fest verbunden, derbe Knoten. Links adhärirt breit das Netz; oberhalb der Adhäsionslinie findet sich ein wallnussgrosser Knoten in ihm. Ein Theil des Netzes in dem noch mehrere solcher Knoten enthalten sind, wird entfernt, der Nabel wird excidirt, die Bauchwunde vereinigt.

Der Netzknoten und die infiltrirte Nabelsubstanz erscheinen auf dem Durchschnitt gleichmässig markig, grauroth. Von der Schnittfläche lässt sich reichlich milchige Flüssigkeit abstreifen, in welcher sich runde und eckige, ziemlich kleine Zellen mit mittelgrossem, rundlichem Kern finden. Dieselbe Zellenform findet sich auf dem Durchschnitt eines der Netzknoten in durch Bindegewebsbalken abgegrenzten Lücken angehäuft.

Verlauf: Puls sehr schnell und klein, keine Schmerzen, Schlaf nach Morphium und Codëin gut, subfebrile Temperaturen. 3. VI. Linkes Bein stark geschwollen, was sich in den nächsten Tagen noch verstärkt, bis 9. VI., wo deutliche Abschwellung zu bemerken ist. Der Thrombus ist nicht fühlbar. 10. VI. Verbandwechsel, im oberen Theil der Wunde diese klaffend und infiltrirt. Jetzt wird das rechte Bein ödematös; die Bauchwunde klafft im oberen Theil 3 cm lang, aus den Stichkanälen lässt sich dünnflüssiges, eitrig-seröses Sekret ausdrücken. 14. 6. Starkes Oedem beider ganzen Beine, Spannungsschmerzen. Somnolenz und sehr kleiner, fadenförmiger Puls. 19. VI. Comatös, Puls 140, zuweilen Zuckungen und Würgen, sonst beständiger Schlaf. 21. VI. exitus letalis.

Sektiosbefund: Grosses erweichtes Sarcom des rechten Ovariums mit Cysten. Sarcomatöse Entartung der rechten Tube, der Retroperitonealdrüsen, des Netzes. Ausgedehnte Verwachsung des Netzes, Tumors und Peritoneums. Narbe der Bauch-

decken mit Geschwür, welches mit der Zerfallshöhle des Tumors communicirt. Beiderseits Hydronephrose. Lungenödem und -emphysem. Atrophie des Herzens. Thrombose der rechten vena iliaca mit Oedem des rechten Beines.

14. Fall.

Journ.-No. 13835. Johanna E., 58jähriges Fräulein.

Anamnese: Früher stets gesund; im Mai 91 Auftreten von wässerigem, gelbem Fluor, der in der letzten Zeit röthlich geworden ist. Im Abdomen zeitweilig Schmerzen beiderseits, Kräfteverfall, Appetitmangel.

Status praesens: Etwas anämisch aussehende, kräftig gebaute Person. Nach rechts und hinten vom Uterus, breit an ihn herantretend, ein derber, im Ganzen runder, faustgrosser Tumor mit eckigen Vorsprüngen auf seiner oberen Kante, fühlbar.

Diagnose: Carcinoma ovarii dextri.

3. VIII. 91. Probeincision: Kein freier Ascites; die rechte Tube zieht als wurstförmiger, gewundener Tumor, im äusseren Theil 5 cm dick, nach der rechten Darmbeinschaufel. Unter derselben, im rechten hinteren Beckenraum, liegt, fest dem Becken aufsitzend, ein derber höckeriger, faustgrosser Tumor. Die Tube geht in den Tumor über; in den mit dem Tumor verbundenen Endabschnitt der aufgetriebenen Ampulle ragt, durch die dünne Wand deutlich hindurch zu fühlen, ein derber Zapfen von Neubildung hinein. Die Serosa parietalis des Beckens sowie auch die der tiefsten Darmschlingen und einige Pseudomenbranen im Becken enthalten sehr zahlreiche, weisse Knötchen. Die mikroskopische Untersuchung einzelner derselben ergiebt rundliche Zellenballen aus grossen, verschiedenartig gestalteten Elementen mit grossem Kern zusammengesetzt. Im Schnittpräparat zeigt sich ausgeprägt alveoläre Struktur. Die in den Hohlräumen des Stroma liegenden Zellen sind ohne typische Randstellung, theils rundlich, theils mit polygonaler Begrenzung, platt mit grossem Kern.

Verlauf: Keine Schmerzen, Katheterismus, Leib weich, Ausfluss blutig serös. 6. VIII. Ausfluss serös-eitrig. Flatulenzbeschwerden; immer noch täglich Katheterismus. 11. 8. Wunde per primam geheilt. Urin spontan entleert. Leib weich, nicht empfindlich. Dauerndes Wohlbefinden, Ausfluss gering, serös. Bis zur Entlassung subfebrile Temperaturen. Entlassen 19. VIII. 91.

Nach Bericht des Arztes, Herrn Dr. Busse in Eutin, ist die Kranke am 21. September 1891, also etwa 5 Wochen nach ihrer Entlassung aus der Klinik, gestorben. Es bildete sich kurz vor ihrem Tode ein starkes Oedem über dem Kreuzbein aus, welches den Eindruck machte, als sei dieser Knochen mit ergriffen. Der Tod erfolgte durch Erschöpfung.

Von den 14 Fällen, bei denen die Probeincision gemacht wurde, will ich wieder die vorwegnehmen, die im Anschluss an die Operation den exitus letalis fanden. Es sind dies 5, also 33,7 %, eine Höhe der Zahl, welche schon in der Natur der Sache begründet ist. Noch mehr, als bei den zu Ende geführten Operationen, wo wir einen Procentsatz von 27,5 fanden, gilt hier die Regel, dass es sich häufig um kachektische, heruntergekommene Individuen handelte. In vier Fällen lag eine starke carcinomatöse Peritonitis

vor neben den sonstigen, primären und sekundären Tumoren, im Falle 13 bestand eine allgemeine Sarcomatose der Abdominalorgane.

Es liegen noch Nachrichten von 7 Fällen vor, während es bei zweien nicht möglich war, näheres zu erfahren. Diese 7 Fälle sind, wie es zu erwarten war, alle nach kürzerer oder längerer Zeit letal verlaufen. Im Falle 2 hat die Patientin am längsten gelebt, noch $3^1/_2$ Jahre nach der Operation, und hat sich bei fortdauerndem Gebrauch von Copaivbalsam eines leidlichen Befindens zu erfreuen gehabt. Sie ist dann plötzlich erkrankt und schnell gestorben.

Im Falle 6, wo es sich um ein Dünndarmcarcinom handelte, hat nach dreivierteljährlichem guten Befinden ein Diätfehler den Anstoss zum Eintritt der Katastrophe gegeben; es ist jedenfalls eine Darmperforation eingetreten, die eine Verjauchung der Geschwulst und eine septische Peritonitis im Gefolge hatte.

Fall 10 und 14 sind schon 4 Monat nach der Entlassung letal verlaufen, während Fall 3 und 12 nach etwa 5 Monaten ihren Abschluss fanden.

Es scheint mir, dass das Resultat dieser Fälle nicht dazu angethan ist, in Freunds Ansicht über den Nutzen einer einfachen Entleerung des Ascites durch Incision einzustimmen; es ist hierdurch in den angeführten Fällen wohl nur einmal wirklich Nutzen gestiftet worden, das ist der Fall 2. In den übrigen Fällen ist der Tod, wenn auch nicht beschleunigt, so doch kaum aufgehalten worden, und die Operation hatte nur den Nutzen, der in ihrer wörtlichen Bedeutung liegt, sie hatte uns erproben lassen, ob noch etwas zu machen sei.

Die Zusammenstellung obigen Materials wird den Leser überzeugen, dass nach den Erfahrungen in hiesiger Klinik durchaus keine Veranlassung vorliegt, die Operation à tout prix zu befürworten, dass vielmehr der Rath Schröders und anderer Autoren, in gewissen Fällen die Hand davon zu lassen, auch jetzt noch zu Rechte besteht.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Werth für die Ueberweisung der Arbeit und des Materials sowie für seine gütige Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Vita.

Ich, Ernst Thede, bin geboren zu Kiel am 15. Januar 1862, evangelischer Confession. Das Gymnasium meiner Vaterstadt besuchte ich bis Ostern 1882, wo ich mit dem Zeugniss der Reife die Universität Würzburg bezog. Das Tentamen Physikum bestand ich in Erlangen am 10. März 1886, das medicinische Staatsexamen in Kiel am 6. Juni 1891 und ebendaselbst am 14. März 1892 das examen rigorosum.